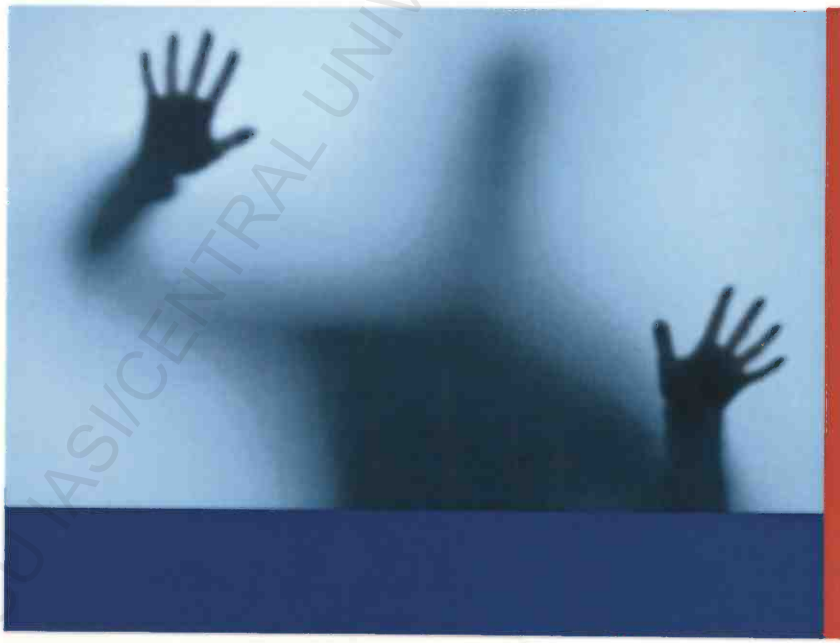
MEDICINĂ

ADELA MAGDALENA CIOBANU
CAMELIA POPA

BOALA PSIHICĂ ŞI EŞECUL SOCIAL



BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

II 449 125
BCU IASI

EDITURA UNIVERSITARĂ

II 449 125
BCU IASI

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BOALA PSIHICĂ
ȘI EȘECUL SOCIAL

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

ADELA MAGDALENA CIOBANU
ESTE DOCTOR ÎN ȘTIINȚE MEDICALE, MEDIC PRIMAR PSIHIATRU, ȘEF AL SECȚIEI 1 CLINIC A SPITALULUI „PROF. DR. AL OBREGIA" ȘI LECTOR UNIVERSITAR LA UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ „CAROL DAVILA" DIN BUCUREȘTI

CAMELIA POPA
ESTE DOCTOR ÎN PSIHOLOGIE, PSIHOLOG CLINICIAN PRINCIPAL ȘI CERCETĂTOR LA DEPARTAMENTUL DE PSIHOLOGIE AL INSTITUTULUI DE FILOSOFIE ȘI PSIHOLOGIE „CONSTANTIN RĂDULESCU MOTRU" AL ACADEMIEI ROMÂNE

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

ADELA MAGDALENA CIOBANU
CAMELIA POPA

759030

BOALA PSIHICĂ ȘI EȘECUL SOCIAL

0 000010 58820 BCU IAȘI

EDITURA UNIVERSITARĂ
București, 2013

ALE
BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Colecţia MEDICINĂ

Redactor: Gheorghe Iovan
Tehnoredactor: Ameluţa Vişan
Coperta: Angelica Mălăescu

Editură recunoscută de Consiliul Naţional al Cercetării Ştiinţifice (C.N.C.S.) şi inclusă de Consiliul Naţional de Atestare a Titlurilor, Diplomelor şi Certificatelor Universitare (C.N.A.T.D.C.U.) în categoria editurilor de prestigiu recunoscut.

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
POPA, CAMELIA
Boala psihică şi eşecul social / Camelia Popa, Adela Magdalena Ciobanu. - Bucureşti : Editura Universitară, 2013
ISBN 978-606-591-884-9

I. Ciobanu, Adela Magdalena

159.9

DOI: (Digital Object Identifier): 10.5682/9786065918849

© Toate drepturile asupra acestei lucrări sunt rezervate, nicio parte din această lucrare nu poate fi copiată fără acordul Editurii Universitare

Copyright © 2013
Editura Universitară
Director: Vasile Muscalu
B-dul. N. Bălcescu nr. 27-33, Sector 1, Bucureşti
Tel.: 021 – 315.32.47 / 319.67.27
www.editurauniversitara.ro
e-mail: redactia@editurauniversitara.ro

Distribuţie: tel.: 021-315.32.47 /319.67.27 / 0744 EDITOR / 07217 CARTE
comenzi@editurauniversitara.ro
O.P. 15, C.P. 35, Bucureşti
www.editurauniversitara.ro

/ 1 FEB. 2017

CUPRINS

Introducere 7

Capitolul 1. NOȚIUNEA DE BOALĂ PSIHICĂ 13
1.1. Teoria vulnerabilitate-stres 15
1.2. Factorii psihosociali și de mediu implicați în boala psihică 19

Capitolul 2. TULBURĂRILE DE PERSONALITATE ȘI CORELATELE SOCIALE DISFUNCȚIONALE ALE ACESTORA 37
2.1. Incompetența socială a psihopaților 39
2.1.1. Teamă de relațiile cu ceilalți și antagonism interpersonal 41
2.1.2. Inadaptare profesională, cogniții paranoice despre colegi 42
2.1.3. Narcisicii – manageri ideali sau șefi violenți? .. 43
2.2. Disfuncțiile emoționale 46
2.2.1. Haos afectiv și inteligență socială scăzută la indivizii borderline 48
2.2.2. Hiperexcitabilitate și lipsă de empatie la antisociali. 50
2.3. Schemele cognitive dezadaptative 52
2.3.1. Imaturitatea intelectuală a infractorului 53
2.4. Persogeneza și stressorii sociali 56
2.4.1. Copilul maltratat, viitor pacient psihiatric 59
2.4.2. Cum se construiesc criminalii? 60
2.4.3. Dezvoltarea morală precară și violarea legilor . 64
2.4.4. Dezavantajele sociale și criminalitatea 66

BCU CLUJ / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 3. FACTORI PSIHOSOCIALI ÎN DEPRESIE..... 67
3.1. Lipsa prietenilor, risc crescut pentru tristețea cronică 68
3.2. Amintirile școlare neplăcute, reactivate la vârsta adultă 69
3.3. Divorț – depresie – suicid 72
3.4. Moarte pentru locul de muncă 75

Capitolul 4. FACTORI PSIHOSOCIALI ÎN SCHIZOFRENIE 77
4.1. Schizofrenie – stres – handicap social 79
4.2. Relații deteriorate și emoții negative în familie 81
4.3. Distanță socială și stigmatizare 83
4.4. Profilul sinucigașului psihotic: bărbat tânăr și instruit 84
4.5. Migranții, săracii și populațiile izolate – grupuri de risc pentru schizofrenie 84

Capitolul 5. REABILITAREA SOCIALĂ A PACIENȚILOR PSIHIATRICI. 88
5.1. Factorii protectivi 91
5.2. Rețeaua socială de suport și rolul social al medicului . 93

Capitolul 6. UN STUDIU PRIVIND FACTORII PSIHO-SOCIALI IMPLICAȚI ÎN ETIOLOGIA TULBURĂRILOR PSIHICE 100

Concluzii 117

Bibliografie 122

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

INTRODUCERE

Cartea „Boala psihică şi eşecul social" reflectă preocupările actuale ale comunităţii ştiinţifice internaţionale cu privire la determinarea rolului factorilor sociali în etiologia bolilor psihice.

Prezentarea detaliată a acestor factori şi înlăturarea stigmatizării pacienţilor psihiatrici, cu ajutorul comunităţilor de apartenenţă, în vederea prevenirii eşecului social al acestora, reprezintă două obiective centrale ale lucrării.

Specialiştii în sănătate mintală susţin că bolile psihice sunt determinate de factori biologici, genetici, psihologici (vulnerabilitatea la stres, personalitatea premorbidă, funcţionarea cognitivă deficitară), sociali, culturali şi de mediu. De aceea, remisiunea acestor tulburări depinde atât de tratamentul administrat pacienţilor psihiatrici, cât şi de includerea lor într-un sistem de psihoterapie, de asigurarea suportului social sau de înlăturarea condiţiilor nefavorabile, adversive, ale mediului în care sunt nevoiţi să trăiască.

Orientarea potrivit căreia bolile psihice sunt plurideterminate a impus deplasarea accentului cercetărilor către factorii a căror influenţă nefavorabilă poate fi redusă sau controlată. În cazul schizofreniei s-a renunţat, de pildă, la modelele genetice, liniare, care nu pot explica în mod satisfăcător această boală gravă. Noile modele interpretativ-explicative ale schizofreniei sunt acum unele complexe, biologice şi psihosociale, care surprind caracterul dinamic şi evolutiv al tulburării, vulnerabilităţile preexistente ale pacientului, interacţiunile dintre biologic şi social, multiplele efecte de feedback dintre toate aceste variabile, ţinând cont, totodată, de mediul în care trăieşte individul (Ciompi, 1998).

Aceste interacțiuni complicate – adeseori subtile chiar și pentru specialistul în sănătate mintală – pot conduce, pe de o parte, la escaladări non-lineare și nedorite ale bolii, dar și la remisiuni satisfăcătoare, pe de altă parte, dacă se acționează țintit asupra variabilelor menționate.

Cercetătorii din întreaga lume demonstrează în permanență că acțiunea medicamentelor este „ajutată" atunci când mediul social al persoanelor diagnosticate cu schizofrenie se îmbunătățește sau atunci când depresivii beneficiază de suportul rudelor, al prietenilor, al comunităților din care fac parte ori de protecție socială în caz de șomaj. Oamenii cu astfel de probleme obțin astfel o viață mai satisfăcătoare iar costurile economice ale bolilor psihice se reduc.

În contextul abordărilor interdisciplinare menționate, trebuie să precizăm că numeroase studii de psihiatrie și de psihologie clinică, care pun accentul pe schemele cognitive greșite ale persoanelor cu tulburări de personalitate, se opresc și asupra deteriorării pre-psihotice a gândirii lor. Această deteriorare poate fi remarcată de timpuriu, în mediul familiar, școlar sau profesional al celor în cauză. Scopul monitorizării persoanelor respective este, evident, unul preventiv, dublat de unul terapeutic.

Exemplele ucigașilor în masă din școli, diagnosticați fie ca psihopați, fie ca psihotici (cu schizofrenie paranoidă), sunt ilustrative în acest sens. Studiile de profil arată că ei au trăsături de personalitate paranoidă în formare, exagerând consecințele negative ale tratamentelor la care ar fi fost supuși de către ceilalți și reacționând cu furie la batjocură și la intimidare. Obsedați de respingerea lor de către anumite grupuri, acești ucigași au justificări pentru viitoarele răzbunări pe care le plănuiesc (Dutton *et al.*, 2013), iar anxietatea și stresul social le determină intensificarea ideației specifice de persecuție, accelerând declanșarea episoadelor psihotice

(Kesting *et al.*, 2013). Identificându-se din timp astfel de deteriorări cognitive şi afective pre-psihotice, multe dintre decesele inutile provocate de aceste persoane ar putea fi evitate.

De asemenea, observarea timpurie a predictorilor violenţei reprezintă, la rândul ei, o direcţie importantă de acţiune nu numai pentru specialiştii în sănătate mintală, ci şi pentru asistenţii sociali, sociologi, profesori, pedagogi sau alţi funcţionari comunitari (poliţişti, reprezentanţi ai administraţiei locale, mediatori sanitari).

S-a dovedit că actele de violenţă care provoacă pagube însemnate tuturor societăţilor sunt comise atât de persoane normale, cât şi de persoane cu tulburări psihiatrice, predictorii majori ai riscului comiterii unor infracţiuni fiind vârsta tânără, sexul masculin, statutul socioeconomic scăzut, abuzul de substanţe, problemele familiale şi şcolare ş.a. (Montañés-Rada *et al.*, 2006). Criminalii cu tulburări de personalitate se remarcă printr-un comportament de căutare a noutăţii, prin intoleranţa la frustrare, impulsivitate, agresivitate, temeritate, lipsă de empatie şi egoism, neacceptarea regulilor, printr-un comportament sfidător şi rebel. Manipularea interacţiunilor sociale şi incapacitatea de a se implica în relaţii sociale de cooperare sunt alte două trăsături distinctive ale indivizilor în cauză.

Cunoscând tabloul complet al factorilor psihosociali de risc ai violenţei, membrii unei comunităţi pot acţiona împreună pentru reducerea influenţei lor negative. Într-o comunitate ideală, psihiatrii ar trebui să se implice, de pildă, în screening-ul şi tratamentul copiilor cu grave probleme de comportament, în eliminarea dependenţelor de alcool şi droguri. Psihologii ar asigura consilierea şi psihoterapia necesare în aceste cazuri iar pedagogii ar putea ajuta la depăşirea problemelor cu şcoala. În aceeaşi societate ideală, asistenţii sociali s-ar implica în

rezolvarea abuzurilor familiale şi în asigurarea suportului material pentru familiile sărace, iar funcţionarii pentru ocuparea forţei de muncă ar participa la inserţia sau reinserţia pe piaţa muncii a părinţilor copiilor cu astfel de probleme.

Pe de altă parte, stigmatizarea persoanelor cu probleme psihice şi implicit eşecul social al acestora sunt preocupări importante ale Comisiei Europene şi ale Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii. În raportul său din 2011, intitulat „Mental well-being: for a smart, inclusive and sustainable Europe", Uniunea Europeană susţine că eliminarea stigmatelor şi a discriminării cu care se confruntă pacienţii psihiatrici nu trebuie să rămână doar „provocări" pentru specialiştii în sănătate mintală şi pentru societate, în ansamblul ei, ci trebuie să se constituie direcţii importante de acţiune. Printre măsurile care ar putea fi adoptate de ţările UE se numără: protejarea drepturilor cetăţenilor afectaţi de boli mintale, consolidarea protecţiei şi a incluziunii sociale a acestora, întreprinderea unor reforme psihiatrice bazate pe comunitate (constituirea aşa numitelor reţele sociale de suport), întreruperea ciclului de discriminare a bolnavilor psihic, îmbunătăţirea cunoştinţelor publicului cu privire la sănătatea mintală şi, nu în ultimul rând, asigurarea unei oferte complete de sănătate şi asistenţă socială pentru persoanele cu probleme psihologice.

Am proiectat această carte în şase capitole corelate, ca resursă bibliografică valoroasă atât pentru psihiatri, psihologi, sociologi, asistenţi sociali cât şi pentru studenţii care aprofundează aceste domenii.

Primul capitol al lucrării, intitulat „Noţiunea de boală psihică" prezintă, în rezumat, o serie de noţiuni de etiopatogenie (cauzalitatea tulburărilor psihice) şi analizează rolul factorilor psihosociali şi de mediu în deteriorarea sănătăţii mintale.

Cel de-al doilea capitol, „Tulburările de personalitate şi corelatele sociale disfuncţionale ale acestora" înfăţişează unele dintre cele mai recente cercetări în domeniu. Înţelegerea implicaţiilor sociale ale tulburărilor respective este decisivă atât pentru tratamentul acestora, cât şi pentru rezolvarea problemelor pe care indivizii astfel diagnosticaţi le generează în planul relaţiilor interpersonale şi în funcţionarea grupurilor sau a comunităţilor din care fac parte.

Cel de-al treilea capitol, „Factori sociali în depresie", este consacrat analizei stresorilor care acţionează în cazul pacientului depresiv. Această analiză poate oferi specialiştilor noi direcţii psihoterapeutice şi de asistenţă socială, în vederea reducerii amplitudinii simptomelor depresive şi a reintegrării pacienţilor în comunitate. Este examinat, de asemenea, rolul factorilor adversivi socio-economici în actul suicidar. În Europa, factorii majori de risc pentru suicid sunt sărăcia, sănătatea mintală şi cea fizică, nivelul redus de educaţie, şomajul şi datoriile mari, alcoolismul, izolarea socială şi evenimentele de viaţă negative majore (Eurostat Health, 2010).

Cel de-al patrulea capitol, „Factori sociali în schizofrenie", explică modul în care pacienţii cu acest diagnostic pot eşua din punct de vedere social şi profesional. Astfel, sărăcirea progresivă a vieţii psihice, recăderile şi acutizările periodice ale bolii antrenează stigmatizarea şi marginalizarea persoanei bolnave de schizofrenie de către ceilalţi oameni, conducând în cele din urmă la eşecul social al acesteia.

Cel de-al cincilea capitol, „Reabilitarea socială a pacienţilor psihiatrici", pune accentul pe: reintegrarea acestor oameni în reţelele familiale şi sociale, stimularea factorilor de rezilienţă ai îmbolnăvirilor, dezvoltarea reţelelor comunitare de suport şi, nu în ultimul rând, pe misiunea socială a medicului.

În fine, cel de-al şaselea capitol, „Un studiu privind factorii psihosociali implicaţi în etiologia tulburărilor psihice" prezintă rezultatele cercetării efectuate pe un eşantion de 100 de

pacienți internați în Spitalul de Psihiatrie „Prof. dr. Al. Obregia" din București. Stresorii psihosociali relevați în cercetare au fost examinați și interpretați din punct de vedere al frecvenței acestora, al corelației cu apariția anumitor boli psihice și cu diferite comorbidități (dependența de alcool, de cafea, de tutun sau de substanțe interzise/droguri).

Studiul nostru a evidențiat că stresorii psihosociali majori care acționează în perioada copilăriei și adolescenței (agresiunile fizice, psihice sau sexuale; decesul unuia sau al ambilor părinți; divorțul părinților; prezența în familie a unui părinte alcoolic sau a unui părinte diagnosticat cu o boală somatică gravă) pot declanșa boli psihice în cazul viitorului adult. În ceea ce privește acțiunea diferită, pe genuri, a stresorilor psihosociali, am remarcat că la femei aceștia au fost legați mai mult de statutul marital și de problemele de viață ale copiilor, abia apoi urmând, în ierarhia frecvenței, stresori precum pierderea locului de muncă sau diagnosticarea unei boli somatice grave. La bărbați, în schimb, stresorii psihosociali cei mai puternici au fost legați de locul de muncă, urmați de divorț și de diagnosticarea unei boli somatice grave.

Ținem să remarcăm că în România au existat foarte puține studii precum cel realizat de noi, majoritatea cercetărilor clinice axându-se pe determinarea eficacității anumitor medicamente sau pe studii de caz.

Invitația la o abordare interdisciplinară, complexă, a bolilor psihice este deschisă prin însuși faptul că această carte a fost elaborată de către un psihiatru, dr. Adela Magdalena Ciobanu, medic primar la Spitalul „Prof. Dr. Al. Obregia", lector universitar la Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila" din București și un psiholog clinician, dr. Camelia Popa, cercetător științific în cadrul Departamentului de Psihologie al Institutului de Filosofie și Psihologie „Constantin Rădulescu Motru" al Academiei Române.

Capitolul 1

NOȚIUNEA DE BOALĂ PSIHICĂ

Psihiatria rămâne incontestabil o disciplină medicală. Însă această disciplină este legată atât de biologie, cât şi de ştiinţele comportamentale şi sociale, având o apartenenţă ontologică cvadruplă, rezultată din confluenţa a patru niveluri – biologic, psihologic, social şi spiritual.

În medicina contemporană, psihiatria depăşeşte atât cadrul ştiinţelor biologice, cât şi aportul psihologiei, pentru că este obligată, în determinismul reacţiilor psihologice şi al psihopatologiei, să ţină seama şi de factorii socio-economici care declanşează alterarea stării de sănătate mintală şi înrăutăţesc prognosticul tulburărilor.

Relaţiile interpersonale şi grupale ale pacientului psihiatric, accentuarea trăsăturilor dezadaptative disfuncţionale ale acestuia, sub influenţa factorilor adversivi psihosociali, precum şi teza resocializării persoanelor cu probleme de sănătate mintală au devenit, mai nou, obiective ale unei ramuri noi a psihiatriei, aşa numita „psihiatrie socială". Noua disciplină operează cu concepte medicale, psihologice, sociologice şi de asistenţă socială.

Trebuie să precizăm, dintr-un început, că psihiatria socială îşi propune înţelegerea etiopatogeniei, ca fenomen comunitar şi mai ales ca posibilitate de terapie eficientă, care să permită bolnavului mintal să existe ca individ şi ca fiinţă socială (Predescu 1989). Un alt obiectiv al psihiatriei sociale vizează formarea aptitudinilor prosociale ale pacienţilor psihiatrici şi eliminarea stigmatelor atribuite acestora. Echipele de specialişti în sănătate mintală şi reinserţie socială sunt unele

complexe, formate din psihiatri, psihologi, sociologi, asistenţi sociali, profesori, mediatori sanitari, poliţişti, consilieri de probaţiune şi alţi reprezentanţi ai comunităţilor.

Boala psihică rămâne obiectul central de studiu al psihiatriei sociale. Ea reflectă o anormalitate importantă a psihismului, dezorganizarea funcţiilor acestuia, existenţa diverselor „defecte psihice". În psihiatria ultimilor ani se vorbeşte tot mai rar despre „boala psihică". Încă din 1992 Organizaţia Mondială a Sănătăţii (OMS) a recomandat utilizarea expresiei „tulburare psihică şi comportamentală", în locul celei de „boală", tocmai pentru a evita etichetarea negativă a persoanelor cu probleme de sănătate mintală.

Tulburările psihice pot fi de diferite intensităţi.

Tulburările psihotice (schizofrenia, depresia, psihoza maniaco-depresivă) antrenează modificări marcante ale perceperii şi înţelegerii lumii. Ele reprezintă urgenţe psihiatrice şi necesită internarea în secţii specializate. Pacientul cu schizofrenie afişează de pildă un comportament neadecvat, secundar delirurilor, la care se pot adăuga sau nu halucinaţiile proeminente, respectiv percepţiile lipsite de obiect. Afectul său este plat sau inadecvat, înregistrează o deteriorare clară în activităţile sale, se retrage din viaţa socială. Psihozele pot fi reactive (din cauze externe, psihogene) sau endogene (având la bază cauze interne).

Tulburările nevrotice rezidă în modificări psihice care nu perturbă grav percepţia şi înţelegerea lumii. Individul îşi poate desfăşura activităţile cotidiene, dar el prezintă suferinţe subiective intense (anxietate, frică, obsesii, tristeţe etc.), ceea ce îi determină anumite inhibiţii în comportament, în expresie, o dependenţă marcantă de alte persoane, precum şi o egodistonie (dezacordul subiectului cu sine însuşi). Tulburările nevrotice sunt condiţionate predominant psihogen sau prin stresori psihosociali. Aspectele clinice (simptomele) de tip

nevrotic pot fi prezente însă şi în suferinţe somatice sau endogene (Lăzărescu *et al.*, 2003).

Sociopatiile, denumite şi psihopatii, reprezintă o altă categorie de tulburări produse în condiţii nefavorabile (sociale, economice, educative, culturale).

Evoluţia unei tulburări psihice poate fi variabilă. Unele tulburări comportă un singur episod şi se remit complet, fără a lăsa defecte. Există însă şi episoade multiple de boală cu remisiuni complete, care nu lasă efecte, dar care pot vulnerabiliza pacientul, îl pot face mai sensibil la dezvoltarea unor noi episoade ale tulburării, pe viitor. De departe cele mai invalidante sunt episoadele multiple de boală cu remisiuni incomplete, care lasă defecte.

1.1. TEORIA VULNERABILITATE/STRES

Modelul etiologic cel mai des folosit pentru a explica declanşarea bolilor psihice (schizofrenie, tulburări afective) este modelul stres/diateză. Potrivit acestuia, persoana care se îmbolnăveşte psihic are o vulnerabilitate biologică specifică (diateza), activată de stresori, care conduce la dezvoltarea tabloului simptomatologic al tulburării.

Stresorii respectivi pot fi genetici, biologici, psihosociali sau de mediu; aceştia pot determina creşterea sensibilităţii persoanei la îmbolnăvire (Kaplan şi Sadock, 2001).

În general, stresorii pot fi implicaţi în: dezvoltarea unei tulburări mintale noi, în recurenţa unei tulburări mintale anterioare sau în exacerbarea unei tulburări mintale existente (DSM IV-R).

Pornind de la modelul descris mai sus, metodologia investigaţiilor cu privire la etiologia psihosocială a tulburărilor psihice s-a bazat mai ales pe teoria vulnerabilitate-stres. Avansată iniţial sub această expresie de către Zubin (1977),

pentru schizofrenie, teoria vulnerabilitate-stres s-a impus în cazul majorității stărilor psihopatologice, de la tulburarea afectivă (unipolară și bipolară), până la cea anxioasă, de la suicid și alcoolism, până la psihopatii (Zuckerman, 1998).

Vulnerabilitatea unei persoane pentru tulburări (boli, decompensări) psihice se constituie de-a lungul biografiei acesteia, prin cumularea și conjuncția unor factori intrinseci și extrinseci, care țin de organism, de mediul social al individului, de spațiul său cultural etc. Vulnerabilitatea poate să fie mai mare sau mai mică de-a lungul vieții, mergând de la vulnerabilitate extremă până la starea de non-vulnerabilitate.

O persoană vulnerabilă ajunge la tulburări patologice, somatice sau psihice, ca urmare a acțiunii stresorilor. Stresorii circumstanțiali-situaționali pot fi determinanți, favorizanți sau doar declanșatori ai tulburării. Factorii situaționali conjuncturali joacă un rol important și în întreținerea stării maladive, a defectului sau a handicapului, precum și în reapariția unor noi episoade ale tulburării. Situațiile nefavorabile nu sunt întotdeauna exterioare individului sau generate de alte persoane. Acestea pot fi induse de individ, prin proiectele și inițiativele sale (Lăzărescu, 2000).

S-a demonstrat, de asemenea, că, după fiecare episod de decompensare, subiectul rămâne vulnerabil la stresori cu intensități tot mai mici. Există un raport extrem de sensibil între vulnerabilitate și factorii stresori. În cazul unei vulnerabilități mici, decompensarea (episodul de boală) apare la un factor de stres important, însă în cazul unei vulnerabilități mari decompensarea se produce la un factor de stres minor. Chiar în prezența unei vulnerabilități mai mari, decompensarea poate fi împiedicată prin acțiunea unor factori protectori (sănătate fizică, rețea de suport social, sens existențial clar definit, satisfacții obținute în viață), numiți și factori de reziliență împotriva îmbolnăvirilor.

În declanşarea bolilor psihice, stresul reprezintă unul dintre cei mai puternici factori de risc. Se afirmă că stresul a apărut odată cu omul şi de atunci îl însoţeşte pretutindeni.

Stresul psihic are la bază factori comportamentali şi sociali (Cojocaru şi Cojocaru, 2009), iar răspunsurile funcţionale la stres pot fi grupate în următoarele categorii:

• răspunsuri ale neurotransmiţătorilor – creşterea sintezei cerebrale de noradrenalină, creşterea turnover-ului serotoninei (depleţia serotoninică), creşterea transmisiei dopaminergice;

• răspunsuri endocrine – stimularea cortizolului suprarenal de către hormonul adrenocorticotrop (ACTH), descreşterea testosteronului (în stresul prelungit), descreşterea hormonului tiroidian;

• răspunsuri imunitare – în stresul acut are loc eliberarea de citokine, factori imunitari hormonali iar în stresul cronic se produce scăderea numărului şi activităţii celulelor killer naturale (Kaplan şi Sadock, 2001).

Evenimentele de viaţă stresante precedă adeseori primele episoade ale tulburărilor de dispoziţie (idem). Printre evenimentele de viaţă stresante se numără: eşecurile, frustrările, atmosfera psihologică nefavorabilă, stările conflictuale, alterarea bioritmurilor, solicitările intense, munca în exces, pierderea neprevăzută a unor sume mari de bani, retrogradările profesionale neaşteptate. Toate acestea pot conduce la decompensări psihice de diferite intensităţi.

Eşecul existenţial rezultă din neîmplinirea unui proiect de viaţă sau afectiv. Poate fi vorba despre o nereuşită la un examen de promovare, de neîmplinirea în dragoste sau într-o relaţie de prietenie. Frustrările (insatisfacţiile) sunt stresori negativi care indică nesatisfacerea unor nevoi (sexuale, alimentare, sufleteşti, de intimitate, de a-i controla pe alţii, de valorizare personală, de acţiune, de respect).

Atmosfera psihologică nefavorabilă reprezintă, la rândul său, o ambianță nesigură, tensionată, în care individul are sentimentul unui pericol permanent. Conflictul cu o altă persoană sau cu sine însuși, generează, la rândul său, o tensionare a individului, după cum solicitările intense, prelungite, îi determină oboseala și epuizarea (Voinea, 2007/2008).

Stresori traumatici extremi

„Trauma sau traumatismul psihic reprezintă un eveniment din viața subiectului care se definește prin intensitatea sa, prin incapacitatea subiectului de a-i răspunde adecvat și prin tulburările și efectele patogene durabile pe care le provoacă" (Laplanche și Pontalis, 1994). În același timp, Marele dicționar de psihologie Larousse (2006) definește trauma ca „un eveniment suferit de subiect care din această cauză are o foarte puternică reacție afectivă, emoțională, ce-i pune în joc echilibrul psihologic și duce adesea la o decompensare de tip psihotic sau nevrotic sau la diverse somatizări". Totodată, traumatismul psihic se caracterizează prin afluxul excesiv de excitații în raport cu toleranța subiectului, cu capacitatea de le a răspunde.

În categoria stresorilor traumatici extremi sunt incluse următoarele evenimente/împrejurări: asistarea la moartea unei persoane sau la amenințarea cu moartea; vătămarea serioasă sau amenințarea integrității corporale a unei persoane; aflarea despre moartea violentă sau neașteptată a cuiva, despre vătămarea serioasă sau despre amenințarea cu moartea; vătămarea suferită de un membru al familiei; lupta armată; atacul violent la adresa individului (atacul sexual, atacul corporal, prădarea, atacul banditesc); a fi răpit sau a fi luat ostatec; atacul terorist, tortura; încarcerarea ca prizonier de

război sau într-un lagăr de concentrare; dezastrele (cutremure, tornade, tsunami, inundații, incendii); accidentele grave de automobil; diagnosticul unei maladii grave; evenimentele traumatice sexuale (violul); vederea inopinantă a unui cadavru sau a unei părți de cadavru (APA, 2000).

Tulburarea de stres posttraumatic reprezintă un răspuns disfuncțional al psihicului la un eveniment traumatic. Persoana reexperimentează în mod persistent evenimentul traumatic, prin amintiri dureroase, recurente și intrusive ale evenimentului, are vise în legătură cu evenimentul și senzația de retrăire a evenimentului, poate dezvolta iluzii, halucinații și episoade disociative (flashback) și o suferință psihică intensă (DSM IV-R). Chiar și după dispariția pericolului reprezentat de evenimentul traumatic există un eșec al persoanei în răspunsul adaptativ la traumă (Marinescu și colab., 2008). Următoarele caracteristici ale evenimentului traumatic pot influența rata dezvoltării ulterioare a TSPT: gradul de controlabilitate și predictibilitate al evenimentului respectiv; abilitatea victimei de a controla consecințele și de a minimaliza leziunile, severitatea pierderii, expunerea la stimuli intenși (durere, frig, căldură), sentimentul de eșec legat de incapacitatea de a evita sau minimaliza circumstanțele legate de eveniment.

1.2. FACTORI PSIHOSOCIALI ȘI DE MEDIU IMPLICAȚI ÎN BOALA PSIHICĂ

În clasificarea multiaxială a DSM IV (axa IV), problemele psihosociale sau de mediu (care influențează diagnosticul, tratamentul și prognosticul tulburărilor mintale de pe axele I și II) trebuie luate în considerare în planul global de tratament.

DSM IV menționează mai multe categorii de astfel de dificultăți, printre care se numără:

• problemele cu grupul de suport primar (moartea unui membru al familiei, problemele de sănătate în familie, destrămarea familiei prin separare, divorț sau înstrăinare, plecarea de acasă, recăsătorirea unui părinte; abuzul sexual sau fizic, hiperprotecția parentală, neglijarea copilului, disciplină inadecvată, discordia cu frații, apariția unui frate);

• problemele în legătură cu mediul social (moartea sau pierderea unui amic, suportul social inadecvat, a trăi singur, dificultățile de aculturație, discriminarea, adaptarea la o altă etapă de viață/pensionarea);

• problemele educaționale (analfabetism, probleme școlare, neînțelegeri cu cadrele didactice sau cu covârstnicii);

• problemele profesionale (șomajul, amenințarea cu pierderea locului de muncă, orarul de lucru stresant, condițiile de lucru dificile, insatisfacția profesională, schimbarea profesiei, neînțelegerea cu patronul sau cu colegii de serviciu, problemele cu locuința – de pildă, lipsa locuinței, locuință necorespunzătoare, vecinătate periculoasă, neînțelegeri cu vecinii sau cu proprietarul);

• problemele economice – de exemplu pauperitatea extremă, finanțele insuficiente, ajutorul social insuficient;

• problemele cu accesul la serviciile de asistență medicală;

• problemele în legătură cu interacțiunea cu sistemul legal/ penal – arest, închisoare, litigiu, statutul de victimă a unei infracțiuni;

• alte probleme psihosociale și de mediu – expunerea la un dezastru/război, alte ostilități, neînțelegere cu curatorii (persoanele care se ocupă de individ), inaccesibilitatea agențiilor de servicii sociale (APA 2000).

În acest context trebuie să menționăm că și ultima versiune a clasificării internaționale a bolilor (ICD-10, 1998) introduce codurile suplimentare Z, în cadrul cărora pot fi identificate și evidențiate diverse situații umane precum:

• Z55 = Probleme legate de educaţie şi învăţământ;
• Z56 = Probleme legate de serviciu şi şomaj;
• Z59 = Probleme legate de circumstanţe domestice şi economice;
• Z60 = Probleme legate de mediul social;
• Z61 = Probleme legate de evenimente negative de viaţă, din copilărie;
• Z62 = Alte probleme legate de educaţie;
• Z63 = Alte probleme legate de grupul de suport primar, incluzând circumstanţe familiale;
• Z72 = Probleme legate de stilul de viaţă;
• Z73 = Probleme legate de dificultăţi de management al propriei vieţi.

Rangurile din 1994 ai primilor zece stresori care antrenează schimbarea vieţii sunt: decesul soţului/soţiei, divorţul, decesul unui membru apropiat al familiei, separarea maritală, rănirea sau boala personală severă, pierderea serviciului, condamnarea la detenţie, decesul unui prieten apropiat, sarcina şi „reajustarea" în afaceri.

Divorţul este susceptibil, potrivit literaturii de profil, să determine tulburări psihopatologice specifice nu numai la protagoniştii săi, ci şi la copii. Printre acestea se numără tulburările de dezvoltare, tulburările de personalitate, nevrozele, tulburările depresive, tulburările de comportament şi dificultăţile de învăţare. Separarea părinţilor pare a fi deci un factor important de risc pentru patologie psihiatrică la copii şi adolescenţi (Ayadi *et al.*, 2002).

Având în vedere cele expuse anterior, trebuie să remarcăm că psihiatria, ca ramură a medicinei, nu ezită să ţină cont de diversele situaţii problematice ale existenţei umane. Cu toate că acestea nu pot fi etichetate ca boli, ele influenţează declanşarea şi menţinerea tulburărilor de sănătate mintală.

Cercetătorii au adoptat această perspectivă echilibrată asupra determinismului social al bolilor mintale după ce mişcarea antipsihiatrică pledase îndelung pentru abordarea bolii psihice ca „mit" şi pentru considerarea pacienţilor psihiatrici ca persoane normale.

Reprezentanţii curentului antipsihiatric susţineau că aceşti oameni nu trebuie să fie etichetaţi negativ de societate pentru simplul motiv că nu-şi pot găsi sensul vieţii în această lume galopantă, cu valori discutabile, schimbătoare.

În ciuda punctelor de vedere extreme promovate, mişcarea antipsihiatrică a fost susceptibilă să determine actuala orientare în direcţia psihiatriei comunitare şi, potrivit unor autori, „umanizarea" spitalelor de psihiatrie. Lăzărescu (1999) afirmă că mişcarea în cauză a reuşit să reorienteze însăşi nosologia psihiatrică, în direcţia asigurării calităţii vieţii pacientului cu tulburări mintale.

Categorii de stresori

Posibilii factori stresori implicaţi în tulburările psihice sunt grupaţi, de obicei, în patru clase principale: fizici, chimici, biologici şi sociali.

• Factorii fizici vizează temperatura şi nivelul radiaţiilor mediului înconjurător.

• Factorii chimici sunt reprezentaţi de anumite substanţe chimice, nocive pentru organismul uman, prezente în alimente, aer, apă, medicamente şi în mediul profesional.

• Factorii biologici pot fi grupaţi în două categorii, respectiv interni şi externi. Cei interni sunt reprezentaţi de sistemul endocrin, de psihic şi de personalitate. Cei externi sunt virali, bacterieni şi paraziţii.

• Factorii sociali provin din mediul familial şi din mediul profesional (Voinea, 2007/2008).

Există şi alte clasificări ale stresorilor, care extind categoriile menţionate anterior, adăugând în tabloul de mai sus factori genetici, disfuncţii imunitare, complicaţii legate de naştere, influenţe neurodegenerative, anomalii anatomice şi funcţionale ale creierului, factori carenţiali ş.a.

Vom examina şi noi, în lumina unei sinteze a celor mai noi cercetări de gen, câţiva dintre aceşti factori, care cresc vulnerabilitatea persoanei la dezvoltarea unor boli mintale.

Factorii genetici

În schizofrenie, tehnicile de biologie moleculară au raportat o posibilă implicare a braţelor lungi ale cromozomilor 5, 10 şi 18, a braţului scurt al cromozomului 19 şi a cromozomului X. Ipoteza vulnerabilităţii genetice, cauzate de aceşti cromozomi, a fost susţinută prin studiile pe gemeni şi prin cercetările privind copiii adoptaţi.

În ceea ce priveşte cosanguinitatea, s-a arătat că incidenţa familială a schizofreniei este mai ridicată decât în populaţia generală iar concordanţa la gemenii monozigoţi este mai mare decât la gemenii dizigoţi (DSM IV-R). Concordanţa schizofreniei pentru gemenii dizigoţi este de aproximativ 8-12%. Aceasta este mult mai mare decât rata de 1%, găsită în populaţia generală. Concordanţa schizofreniei pentru gemenii monozigoţi este de aproximativ 50% (Kendler şi Diehl, 1993).

Se constată aşadar existenţa unei rate substanţiale de discordanţă chiar la gemenii monozigoţi, aceasta indicând importanţa unor factori nongenetici în schizofrenie (DSM IV-R).

De asemenea, s-a constatat că există o concordanţă mai mare între membrii aceleiaşi familii pentru simptomele negative, faţă de cele pozitive, ale schizofreniei. Mai mult, s-a

observat tendința monozigoților de a dezvolta tipuri identice de schizofrenie.

Studiile de adopție au demonstrat, la rândul lor, că riscul de a avea schizofrenie este cel conferit de părintele biologic, nu de părintele adoptiv. Riscul pentru un copil adoptat, provenit dintr-un părinte cu schizofrenie, de a dezvolta această boală este de 10-12%, același ca și în cazul în care respectivul copil ar fi fost crescut de părinții săi biologici.

În lumina cercetărilor genetice, prevalența schizofreniei este mai mare la părinții biologici ai copiilor cu schizofrenie, față de prevalența la părinții adoptivi. În același timp, gemenii monozigoți crescuți separat au aceeași rată de concordanță ca și gemenii crescuți împreună (Prelipceanu, 2003).

Descoperirea cauzelor schizofreniei este în continuare fascinantă pentru cercetători. Parcurgerea literaturii în domeniu dezvăluie încercarea oamenilor de știință din toată lumea de a rezolva acest puzzle misterios. Astfel, printre factorii de risc ai schizofreniei, tulburare care produce afectări ale creierului pe termen lung, s-ar număra și infecțiile prenatale, complicațiile obstetricale, deficiențele de dezvoltare din copilărie, climatul de creștere a copilului, consumul de cannabis la adolescenți, mediul urban și apartenența la o populație minoritară (Cannon și Clarke, 2005).

Factorii genetici sunt deosebit de puternici și în alte tulburări psihice. De pildă, în tulburarea afectivă bipolară (maniaco-depresivă), copilul cu un părinte bipolar comportă riscul de 25% de a dezvolta boala. Riscul crește la 50%, în cazul descendentului cu ambii genitori bipolari.

În tulburările anxioase, jumătate dintre pacienții diagnosticați cu panică au o rudă afectată din cauza aceloraşi tulburări. Pentru oligofrenie există, de asemenea, un risc de transmitere de 50%, atunci când unul din părinți are deficiențe intelectuale și de peste 80%, atunci când ambii părinți sunt

oligofreni. Acest risc a fost identificat şi pentru demenţa de tip Alzheimer (DAT), în cazul căreia până la 40% din pacienţi au un istoric familial de DAT.

În alcoolism, rata problemelor legate de alcool creşte proporţional cu numărul rudelor alcoolice, cu severitatea bolii şi cu gradul de rudenie (Voinea, 2007/2008).

Factori virali şi infecţioşi

Ipoteza infecţiei virale din cel de-al doilea trimestru de sarcină, care induce vulnerabilitatea pentru schizofrenie, se bazează pe constatările unor studii epidemiologice retrospective. Acestea au găsit corelaţii pozitive între expunerea mamelor la epidemiile de gripă şi vulnerabilitatea crescută la schizofrenie a descendenţilor.

Argumentele în favoarea unei etiologii virale lente vizează, de asemenea, modificările neuropatologice concordante cu prezenţa în antecedente a unor infecţii (gliază, cicatrici gliale, prezenţa anticorpilor antivirali în ser/LCR la unii bolnavi). Frecvenţa crescută a complicaţiilor perinatale poate aduce argumente de validitate teoriei privitoare la influenţa factorilor infecţioşi asupra bolii psihice (Ciobanu, 2009). Legatura dintre infecţiile sistemului nervos central (meningoencefalite) şi sechelele psihice ulterioare a fost, de asemenea, demonstrată.

Disfuncţiile imunitare

Stresul este asociat cu imunosupresia. Stresul şi stările emoţionale (îndeosebi starea depresivă) pot să influenţeze funcţiile sistemului imunitar, prin intermediul sistemului nervos central şi endocrin. Nenumărate studii au demonstrat rolul sistemului nervos în controlul sistemului imun. Stresul

psihic produce variate disproteinemii (creşterea gamaglobulinelor, macroglobulinelor, a IgA şi IgM).

Stresul scade producerea de imunoglobuline (IgG), scăzând rezistenţa organismului la îmbolnăviri. Macrofagele sunt, de asemenea, afectate de stres. De mai multă vreme se cunoaşte că în etiologia bolilor infecţioase (cum ar fi infecţia cu bacilul Koch) rezistenţa gazdei are un rol important (Cojocaru şi Cojocaru, 2009).

Există, totodată, numeroase dovezi în legătură cu participarea factorilor de personalitate, a stresului şi a tulburărilor de adaptare, la apariţia neoplasmului, a bolilor infecţioase şi autoimune (lupusul eritematos sistemic, poliartrita reumatoidă, boala Behçet etc.).

Factorii de personalitate ai individului şi tulburările psihice sunt, la rândul lor, legaţi de rapiditatea evoluţiei neoplaziilor. S-a observat că femeile melancolice suferă mai frecvent de neoplazii şi că depresia agravează prognosticul în oncologie.

Anticorpii anticardiolipinici şi antinucleari, utilizaţi ca markeri ai vulnerabilităţii autoimune, sunt crescuţi în anumite boli psihice, au relevat mai multe studii.

Alţi doi markeri autoimuni importanţi, precum răspunsul limfocitelor T proliferative la fitohemaglutinina mitogenă şi producţia de interleukină-2, au fost observaţi ca având o alterare importantă la pacienţii cu schizofrenie, faţă de populaţia de control (Coffey *et al.*, 1983).

Complicaţiile legate de naştere

Traumatismele mecanice cauzate de expulziile prelungite, „în forţă", ale fătului sau unor manevre obstetricale prelungite (naşterea cu forceps) pot determina retardul mintal.

De asemenea, numeroase studii au raportat corelaţii înalte între complicaţiile de la naştere şi cele din timpul sarcinii, la

pacienţii cu schizofrenie, faţă de populaţia de control (Jones *et al.*, 1998; Dalman *et al.*,1999; Preti *et al.*, 2000; McNeil *et al.*, 1994, Cannon *et al.*, 2002).

Hipoxia, scăderea aportului de oxigen în organism, este o altă complicaţie legată de naştere sau de sarcină, care poate antrena tulburări ale dezvoltării creierului copilului. Hipocampul şi câteva regiuni neocorticale sunt în mod particular sensibile la hipoxie.

Factorii biologici

Neurotransmiţătorii sunt substanţe eliberate sinaptic care asigură transmiterea influxului nervos, având capacitatea de declanşare a potenţialelor de acţiune. Aceştia sunt reprezentaţi de: acetilcholină, dopamină, serotonină, noradrenalină şi acidul γ amino-butiric (Gheorghe *et al.*, 2006). Alterarea acestor mediatori sau a receptorilor lor, în sensul creşterii sau al scăderii lor în anumite zone anatomice ale creierului, ar conduce la declanşarea unor boli psihice.

Teorii de neurodezvoltare şi neurodegenerative

S-au găsit la pacienţii cu schizofrenie mai mulţi indicatori ai dezvoltării anormale a creierului. Printre aceştia pot fi menţionaţi:

- tulburările dispoziţiei substanţei albe şi ale dezvoltării corticale, cauzate cel mai probabil de selecţia şi migrarea neuronală defectuoase din cursul dezvoltării precoce a creierului (survenită în cursul celui de-al doilea trimestru al dezvoltării fetale);
- scăderea densităţii neuronale din anumite arii corticale (frontală, motorie);

• existența unor markeri extracelulari ai așa-numitei neurodezvoltări aberante, precum dermatoglifele aberante. Dezvoltate concomitent cu creierul, acestea au fost observate la gemenii monozigoți afectați de boală;

• fenomenele degenerative suferite de neuroni, după ce aceștia au trecut printr-un proces normal de dezvoltare. Această teorie ar putea explica, potrivit unor autori, pierderea celulară fără glioză (mediată de receptorul glutamat), care se constată în schizofrenie, precum și natura progresivă a tulburării la unii bolnavi (Ciobanu, 2009).

Factorii toxici și carențiali

În această categorie sunt incluse substanțele psihoactive – alcoolul, tutunul, drogurile; carențele alimentare; medicamentele (antibiotice, sedative, hipnotice, citostatice, stupefiante, anticoncepționale și chiar excesul de vitamine); intoxicațiile profesionale cu monoxid de carbon, tetraclorură de carbon, cu substanțe benzenice, cu staniu ș.a. (Voinea, 2007/2008).

Factorii psihosociali și de mediu ai schizofreniei

Stresul este un factor declanșator important în schizofrenie. Circa 44% din cazurile studenților diagnosticați cu schizofrenie se prezintă la medic în primul semestru de facultate, al primului an. De asemenea, printre cei recrutați în armată se înregistrează o incidență de opt ori mai mare a schizofreniei în primele luni de serviciu militar, comparativ cu debutul de schizofrenie consemnat în cursul celui de-al doilea an de serviciu militar.

Studiile mai arată că, la persoanele care au fost victime ale abuzului în copilărie, schizofrenia debutează mai precoce, iar

acestea au o evoluţie mai proastă, comparativ cu non-abuzaţii de aceeaşi vârstă (Ciobanu, 2009).

Rata de concordanţă pentru gemenii monozigoţi de numai 50% ar putea sugera şi implicarea factorilor de mediu în etiopatogenia schizofreniei, aşa cum arătam anterior.

Trebuie să precizăm în acest context că factorii psihosociali au fost acreditaţi de-a lungul timpului ca având un rol mai mare sau mai puţin important în etiologia schizofreniei.

Există trei mari grupe de teorii care îi vizează (idem):

• Teorii referitoare la individ. Subsumate acesteia sunt teoria psihanalitică (vizează alterarea reciprocă a relaţiei dintre mamă şi copil), teoriile psihodinamice (schizofrenia ar reprezenta un răspuns regresiv la frustrare şi la conflictul cu cei din jur, iar regresia ar implica o retragere a investiţiei emoţionale a persoanei, în toate aspectele vieţii sale) şi teoriile învăţării (conform acestora, copilul imită adultul, în special pe propriul părinte, care are probleme emoţionale şi relaţii interpersonale slabe);

• Teorii referitoare la familie. Unele patternuri de interacţiune familială predispun la dezvoltarea, debutul, recăderea sau cronicizarea schizofreniei (DSM IV-R). De asemenea, diagnosticul de schizofrenie este pus mai ales în familiile cu statute socioeconomice inferioare;

• Teorii sociale. Unii cercetători au susţinut că industrializarea şi urbanizarea pot fi citate printre cauzele schizofreniei. Acum se consideră că aceşti factori au rol major în programarea debutului şi în severitatea tulburărilor schizofreniei (Kaplan şi Sadock, 2001). Datele sugerează că persoanele din zonele urbane au un risc mai crescut pentru schizofrenie decât cele din zonele rurale (Torrey, 1980; Mortensen *et al.*, 1999; Allardyce *et al.*, 2001). Alţi autori (Torrey *et al.*, 1997) au reanalizat datele din SUA şi au găsit că

domiciliul indivizilor în mediul urban este asociat cu un risc crescut de apariție a psihozelor în rândul acestora. Marcelis și colaboratorii (1998), examinând după locul nașterii toate debuturile schizofreniei și ale altor psihoze din Olanda, în perioada 1942-1978, au identificat o relație semnificativă statistic între aria urbană și incidența schizofreniei și a tulburărilor afective (Ciobanu, 2009).

Teoria cognitivă a depresiei

Teoria cognitivă a depresiei are în centrul ei triada simptomatologică a lui Aaron Beck, mai precis: imaginea de sine negativă („lucrurile sunt rele pentru că eu sunt rău"); interpretarea negativă a trăirilor („totul a fost întotdeauna rău") și privirea negativă asupra viitorului (anticiparea eșecului). Conform modelului lui Beck, simptomele depresive nu apar ca urmare a unei situații sau a unui eveniment critic, ci ca urmare a modului în care persoana interpretează situația respectivă. Incapacitatea ulterioară a persoanei de a controla situațiile poate genera așa-numita „neajutorare învățată", care accentuează depresia (Beck, 1979).

Gândurile automate, negative, care apar în depresie, ca urmare a interpretării disfuncționale a situațiilor, au la bază convingeri care s-au format greșit în copilăria timpurie, în timpul interacțiunii cu persoanele semnificative din viața actualului depresiv. Convingerile disfuncționale sau schemele cognitive nu reprezintă altceva decât niște structuri intelective de bază, profunde, la care subiectul se raportează ca la niște adevăruri incontestabile cu privire la propria persoană. Un exemplu de convingere disfuncțională este: „Sunt un ratat".

Spre deosebire de convingerile disfuncționale, gândurile negative automate reprezintă elemente de suprafață, care ies în

evidență atunci când se activează schemele cognitive. Gândurile negative se derulează rapid, în afara câmpului conștiinței, dar pot fi accesate de aceasta, mai explică Beck.

În rezumat, modelul cognitiv al depresiei susține că în timp ce o persoană trăiește sentimente negative, gândurile sale sunt supuse unor erori de gândire. Pe acest model teoretic se bazează și psihoterapia cognitiv-comportamentală, atunci când își stabilește schemele de tratament. Psihoterapia respectivă pornește de la premisa că oamenii se confruntă cu diverse evenimente, despre care pot avea fie credințe adaptative, funcționale, fie dimpotrivă, credințe dezadaptative și disfuncționale. Aceste credințe conduc la consecințe în plan comportamental, emoțional și cognitiv. Ca urmare, prin acest tip de psihoterapie, pacientul este ajutat să-și modifice credințele dezadaptative și să le înlocuiască cu credințe adaptative și raționale.

Teoria evenimentelor de viață stresante

Evenimentele de viață stresante precedă adeseori primele episoade ale tulburărilor de dispoziție. Acestea pot determina modificări neuronale permanente, care predispun persoana la episoade ulterioare ale tulburării dispoziției (Kaplan și Sadock, 2001).

Pe lângă factorii stresori enunțați anterior, un rol important în declanșarea tulburărilor psihice îl au și evenimentele și schimbările de viață (școlarizare, pensionare, promovarea în profesie, căsătoria, nașterea unui copil, pierderea neprevăzută a unor sume mari de bani, retrogradările neașteptate).

Eșecul, frustrările, atmosfera psihologică nefavorabilă, stările conflictuale, alterarea bioritmurilor, solicitările intense pot conduce și ele la decompensări psihice de diferite intensități, după cum arătam anterior. Unul dintre factorii

sociali generatori de stres care, ulterior, poate produce o serie de tulburări somatice şi psihice, este munca în exces. Presa din România a dezbătut pe larg problema acestui stresor după decesul tinerei Raluca Stroescu, manager de audit la Ernst &Young Romania, care a murit la vârsta de numai 31 de ani, după mai multe zeci de zile de muncă fără pauză.

Alţi factori declanşatori ai depresiei pot fi: prăbuşirea valorilor înalte, a tradiţiilor, a familiei; pierderea legăturilor religioase; diminuarea relaţiilor interumane satisfăcătoare, creşterea frecvenţei divorţurilor; dezrădăcinarea unor largi grupări populaţionale; lipsa de perspectivă a tineretului în faţa pericolului crizei ecologice şi a suprapopulării; creşterea şomajului; schimbările esenţiale din domeniul culturii şi civilizaţiei; destinul ţărilor subdezvoltate şi brusca lor confruntare cu fluxul informaţional cultural mondial (Stiemerling, 2006).

Cercetările pe această temă au identificat şi cele mai înalte riscuri pentru depresie: episoadele anterioare de depresie; istoricul familial de boală depresivă (care creşte riscul dezvoltării unor episoade depresive ulterioare); tentativele anterioare de suicid; sexul feminin; vârsta de debut sub 40 de ani; perioada postpartum; comorbidităţile medicale; lipsa suportului social; evenimentele stresante de viaţă; consumul regulat de alcool şi medicamente.

Teorii cu privire la depresie şi la tulburarea afectivă bipolară (maniaco-depresivă)

Teoria psihanalitică (Freud, 1961) stipulează că pierderea simbolică sau reală de către individ a unei persoane iubite sau a unui obiect al iubirii poate antrena tulburări marcante ale dispoziţiei acestuia, în principal depresie (ideaţie suicidară, sentimente de culpabilitate şi de lipsă de valoare etc.) şi

manie/euforie (acestea ar reprezenta atitudini defensive împotriva depresiei subiacente).

Potrivit acestui autor, Supraeul rigid serveşte la pedepsirea persoanei pentru impulsurile inconştiente sexuale sau agresive, utilizând sentimentele de vinovăţie (aflate în prim-planul tabloului simptomatologic al depresiei).

În depresie, introiecţia obiectelor pierdute (şi privite ambivalent) generează o senzaţie interioară de conflict, vinovăţie, furie, durere şi dispreţ/desconsiderare faţă de propria persoană. Doliul patologic este susceptibil să devină depresie atunci când sentimentele ambivalente destinate obiectului introiectat sunt redirecţionate către self. În manie, delirurile grandioase se nasc tocmai din convertirea simţămintelor care privesc dispreţul şi desconsiderarea propriei persoane.

Factori ai tulburărilor anxioase, somatoforme, factice şi disociative

Tulburările anxioase (fobia, panica) reprezintă grupul cel mai frecvent de tulburări psihiatrice. Potrivit psihanaliştilor (Freud, 1961), anxietatea este legată, din punct de vedere al dezvoltării, de fricile de dezintegrare din copilărie, care derivă din frica de a pierde un obiect iubit sau din frica de castrare.

Teoriile învăţării arată că anxietatea iniţială a persoanei se naşte din stres sau din frustrări. Anxietatea ulterioară a acesteia reprezintă însă un răspuns condiţionat la alte situaţii frustrante sau stresante, care sunt mai puţin severe decât cele care au declanşat anxietatea iniţială.

De asemenea, anxietatea poate fi învăţată prin identificare şi imitarea patternurilor anxioase ale părinţilor (teoria învăţării sociale). De multe ori, anxietatea se asociază în mod natural cu un stimul înfricoşător (de exemplu un accident). Deplasarea sau transferarea ei ulterioară asupra unui alt stimul, prin

condiționare, produce fobia față de un obiect sau de o situație care sunt noi și diferite.

Tulburările anxioase implică paternuri cognitive de gândire eronate, distorsionate sau contraproductive (Kaplan și Sadock, 2001).

Fobia socială sau „frica persistentă de una sau mai multe situații (situațiile fobice sociale), în care persoana este expusă unei posibile scrutări de către alții și dezvoltă fricile că ea poate face ceva sau acționa într-un mod care poate fi umilitor sau jenant" (DSM-IV) poate afecta activitățile profesionale și sociale ale persoanei, deoarece aceasta manifestă un comportament de evitare a situațiilor fobice.

În cazul tulburărilor somatoforme, care presupun apariția unor simptome psihice în contextul unor boli somatice, anxietatea este convertită în simptome specifice. Astfel, persoana și-ar reprima sentimentele de mânie față de alții, cu întoarcerea mâniei către self, arată psihanaliștii, ceea ce ar denota existența unui Super-Ego puternic. La persoanele cu tulburări somatoforme, stima de sine este în general scăzută. Totodată, acestea se pot proiecta în rolul unui perpetuu bolnav. Influența mediului familial de origine ar putea fi una foarte importantă în cazul acestor tulburări. Multe persoane cu simptome somatoforme au avut un părinte suferind, care a reprezentat modelul lor pentru rolul de bolnav.

Tulburările factice, care constau în simularea unor boli, au ca scop la rândul lor, obținerea atenției afectuoase a medicilor. În copilărie, mulți dintre aceşti pacienți au suferit de boli adevărate, asociate cu abuzul sau rejecția parentală.

În cazul tulburărilor disociative (sau nevrozele isterice, tipul disociativ), în care individul își pierde practic sentimentul propriei realități, există de asemenea o traumă emoțională precipitantă (de exemplu violența intrafamilială), care declanșează boala.

Tulburarea disociativă a personalității (tulburarea multiplă de personalitate), cea mai severă și mai cronică dintre tulburările disociative, are în etiologie abuzul sexual și psihologic sever din copilărie (Kaplan și Sadock, 2001).

Factori ai toxicodependențelor (alcoolism)

Printre aceștia regăsim: învățarea conduitelor psihopatologice de la părinți, de la apropiați sau de la modelele sociale; conflictele interpersonale; depresia asociată cu scăderea puternică a stimei de sine; stilul de viață stresant sau dezorganizat; presiunea socială de a bea ori accesul facil la achiziția alcoolului.

Copiii pot imita obiceiul de a bea al părinților, ceea ce explică toxicodependențele acestora, atunci când devin adulți. Această formă de învățare arată de ce copiii cu părinți alocoolici sau toxicomani pot deveni ei înșiși toxicomani, de ce copiii celor cu tulburări ale conduitei alimentare sau sexuale, cu tulburări anxioase și somatoforme, ajung să dezvolte, la rândul lor, simptome similare (Voinea, 2007-2008).

În cazul dependenței de alcool, cercetările au relevat și existența anumitor gene care pot crește riscul de alcoolism. Deci o persoană cu o mamă alcoolică este mult mai probabil să devină alcoolică, spre deosebire de o persoană în a cărei familie nu se consumă alcool.

Pe de altă parte, studiile efectuate pe copiii adoptați au arătat că dependența alcoolică se poate transmite de la o generație la alta. Cu alte cuvinte, nu ar fi suficientă o expunere ambientală a copilului la comportamentele de a bea, specifice membrilor familiei în care se consumă masiv alcool.

Această dependență survine într-un procent ridicat atunci când copiii sunt crescuți de părinți adoptivi care nu au

probleme cu alcoolul, ceea ce sugerează o influenţă genetică în tulburare (DSM IV-R).

Factori ai tulburărilor de identitate sexuală

Tulburarea de identitate sexuală sau de gen are în centrul tabloului ei simptomatologic „suferinţa persistentă şi intensă la un copil în legătură cu sexul atribuit şi dorinţa de a fi sau inistenţa că, el sau ea, este de celălalt sex" (DSM-IV R). Factorii psihosociali implicaţi în această perturbare profundă a sentimentului normal de masculinitate, respectiv de feminitate sunt absenţa modelelor de rol de acelaşi sex şi încurajarea implicită sau explicită a copilului să se comporte ca şi celălalt sex.

De pildă, părinţii îi îmbracă pe băieţi în haine de fetiţe şi le lasă părul lung, le fac codiţe, îi feminizează, iar pe fetiţe le tund scurt şi le îmbracă băieţeşte. Tratatele de psihiatrie arată că „una până la două treimi sau chiar mai mult din băieţii cu această tulburare vor dezvolta o orientare homosexuală în timpul adolescenţei" (DSM IV-R).

Expresia sexualităţii poate fi afectată negativ nu numai de aceste obiceiuri parentale, ci şi de disfuncţiile organelor genitale (interne şi externe), de hormoni şi neurohormoni, de dinamicile intrapsihice şi relaţiile interpersonale, de unele moravuri etc. Totodată, abuzul fizic sau sexual poate să fie determinant în ceea ce priveşte asemenea tulburări (Kaplan şi Sadock, 2001).

BCU IAŞI

Capitolul 2

TULBURĂRILE DE PERSONALITATE ŞI CORELATELE SOCIALE DISFUNCŢIONALE ALE ACESTORA

În acest capitol ne propunem prezentarea succintă a unora dintre cele mai recente cercetări în domeniul corelatelor sociale disfuncţionale ale tulburărilor de personalitate.

Examinarea factorilor sociali ai acestor tulburări (care reflectă funcţionarea perturbată a personalităţii individului) este un subiect mai puţin abordat în literatura autohtonă de profil, dar intens studiat de comunitatea ştiinţifică internaţională.

Înţelegerea implicaţiilor sociale ale tulburărilor de personalitate este decisivă atât pentru tratarea acestora, cât şi pentru rezolvarea problemelor pe care indivizii astfel diagnosticaţi le generează fie în planul relaţiilor interpersonale, fie în funcţionarea grupurilor sau a comunităţilor din care fac parte, aşa cum arătam în partea introductivă a cărţii.

Este cunoscut faptul că tulburările de personalitate se nasc în condiţii nefavorabile (sociale, economice, educative, culturale). De exemplu, activitatea antisocială este stimulată de dezadaptările subiecţilor proveniţi din medii periferice sociale (Romila, 1997).

Pe de altă parte, nu trebuie să pierdem din vedere nici faptul că personogeneza, în general şi construirea trăsăturilor de personalitate dezadaptative, în particular, sunt influenţate de factorii psiho-sociali care au acţionat asupra individului, în copilărie şi pe tot parcursul devenirii lui. Cu alte cuvinte, socialul contribuie la construcţia individului ca personalitate, iar personalitatea astfel formată poate influenţa, prin manifestările/atitudinile ei, mediul în care trăieşte individul.

În cazul indivizilor cu „personalităţi deformate", indicaţi în literatura de profil şi în mass-media şi prin termenii de „psihopaţi" sau „sociopaţi", influenţa asupra mediului social este una preponderent negativă. Ei se diferenţiază de „normalii" societăţilor prin incompetenţa lor socială, disfuncţiile emoţionale şi stilul deficitar de rezolvare a problemelor. La rândul lui, mediul poate exercita o influenţă negativă asupra lor, prin marginalizare stigmatizare.

Date fiind aceste interdependenţe (personalitate – comportament – mediu ambiant), investigarea tulburărilor de personalitate şi a interacţiunilor stabilite de indivizii cu aceste tulburări, în reţeaua lor socială, nu mai reprezintă un teren exclusiv de cercetare al psihologilor şi al psihiatrilor. În această zonă au pătruns masiv sociologii, asistenţii sociali şi chiar economiştii responsabili de managementul organizaţional şi interesaţi de performanţa companiilor pe care le conduc.

Etiopatogenia psihiatrică urmăreşte însă în continuare rolul factorilor psihosociali în favorizarea şi declanşarea tulburării psihice iar terapeuţii se apleacă asupra vulnerabilităţilor de fond ale personalităţilor dezadaptative.

Analiza noastră, care vizează relevarea factorilor sociali implicaţi în psihopatii, pentru a releva interdependenţele complexe dintre aceştia, precum şi influenţele exercitate de comportamentele indezirabile social asupra mediului social, şi se realizează pe trei coordonate majore: incompetenţa socială, disfuncţiile emoţionale şi schemele cognitive dezadaptative manifestate de indivizii cu tulburări de personalitate. Cunoaşterea tuturor acestor trăsături indezirabile social permite clinicienilor adoptarea unor măsuri adecvate de intervenţie, astfel încât să poată fi atinse trei obiective principale: reducerea suferinţei psihice a acestor persoane, diminuarea impactului negativ al influenţei comportamentului lor disfuncţional asupra

mediului social şi, nu în ultimul rând, prevenirea eşecului social al acestora.

2.1. INCOMPETENŢA SOCIALĂ A PSIHOPAŢILOR

Pacienţii cu tulburări de personalitate au dificultăţi sociale de lungă durată şi abilităţi de interrelaţionare deficitare, au relevat studiile de profil. Aceştia nu pot dezvolta atitudinile potrivite pentru a se poziţiona ca persoane competente social şi nici comportamente adecvate situaţiilor cu care se confruntă.

Incompetenţa lor socială are la bază disfuncţiile înregistrate în relaţiile interpersonale, anxietatea socială, deficitele marcante în integrarea informaţiilor sociale, suspiciunea etc. Inadaptarea profesională este una dintre cele mai importante consecinţe ale incompetenţei sociale.

Disfuncţii interpersonale importante se manifestă în cazul tuturor tulburărilor de personalitate.

Tulburarea de personalitate histrionică are ca element central „un pattern pervasiv de emoţionalitate excesivă şi de căutare a atenţiei, începând de timpuriu în viaţa adultă şi prezent într-o varietate de contexte" (DSM IV-R). În alte clasificări, aceasta este denumită „personalitate isterică". Tulburarea histrionică se distinge prin câteva mărci identitare – căutarea excesivă a atenţiei celorlalţi, demonstrativitatea şi teatralitatea –, care se constituie în aşa numitul „stil histrionic de autoprezentare". Potrivit tratatului DSM, histrionicii cer constant laude şi aprobare din partea celorlalţi, sunt deranjaţi de situaţiile în care nu sunt în mijlocul atenţiei, au un comportament reactiv şi intens exprimat, din cauza excitabilităţii emoţionale.

Fenomenele histrionice sunt omniprezente în cadrul mai multor aspecte ale culturii noastre occidentale, tulburând valurile vieţii sociale, prin impunerea în prim planul acesteia a

unor persoane devenite actori principali nu numai în propriile vieți, ci și în existențele altora. Din această perspectivă, întotdeauna tulburarea de personalitate histrionică și efectele ei merită o examinare suplimentară (Renner *et al.*, 2008). Tulburarea de personalitate paranoidă apare, la rândul ei, ca răspuns la stresorii sociali și interpersonali (Houseman, 1990), accentuând dificultățile lor relaționale. „Elementul esențial al acestei tulburări este o tendință pervasivă și nejustificată de a interpreta acțiunile altora ca fiind deliberat înjositoare și amenințătoare, care începe de timpuriu în viața adultă și este prezentă într-o varietate de contexte" (DSM IV-R). Paranoidul dezvoltă expectativa că va fi exploatat sau prejudiciat de alții, are dubii cu privire la onestitatea și loialitatea amicilor sau a asociaților săi, caută semnificații amenințătoare în remarcile altora sau în diverse situații sociale, poate fi excesiv de gelos, reacționează cu mânie și nu are, în general, încredere în oameni.

Creșterea competenței de interacțiune cu semenii, formarea aptitudinilor prosociale și reducerea anxietății sociale reprezintă obiective centrale ale tratamentului indivizilor cu tulburare de personalitate.

Schizotipalii ar fi ajutați prin astfel de intervenții, întrucât ei se confruntă cu dificultăți psihologice și sociale marcante, au un comportament interpersonal dezorganizat, se remarcă adeseori prin paranoia și ideație magică (Fonseca-Pedrero *et al.*, 2010). Potrivit DSM-IV, tulburarea schizotipală are ca element esențial „un pattern pervasiv de particularități de ideație, aspect și comportament și deficite în relaționarea interpersonală, începând de timpuriu în viața adultă și prezent într-o varietate de contexte și care nu este suficient de sever pentru a satisface criteriile pentru schizofrenie". Schizotipalii au experiențe perceptive insolite, adeseori folosesc un limbaj vag sau inadecvat de abstract, apar frecvent ca bizari și

excentrici atât în comportament, cât şi în aspectul sau înfăţişarea lor.

2.1.1. TEAMĂ DE RELAŢIILE CU SEMENII ŞI ANTAGONISM INTERPERSONAL

Anxietatea socială este o trăsătură întâlnită la majoritatea celor diagnosticaţi cu tulburări de personalitate. În cazul paranoizilor, aceasta stimulează gândirea disfuncţională, iluziile de persecuţie şi ideaţia specifică de prejudiciu. Însă teama generalizată faţă de situaţiile sociale şi de interacţiunile cu semenii nu este suficientă pentru a produce experienţe psihotice paranoice, cu toate că ea afectează raţionamentele, crează sentimentul de primejdie şi amplifică problemele interpersonale (Freeman, 2007).

În tabloul tulburării de personalitate paranoide remarcăm însă şi alte elemente care pot antrena funcţionarea socială deficitară a persoanelor în cauză. Unii cercetători au indicat existenţa unor corelaţii pozitive între gândirea paranoidă, pe de o parte şi singurătate, lipsa suportului social, deficitele abilităţilor sociale şi relaţiile sociale sărace, pe de altă parte. Raţionamentele disfuncţionale au fost asociate în mod pozitiv cu sensibilitatea la mesajele verbale ale altora şi la normele sociale şi a corelat negativ cu adaptarea socială şi cu încrederea în interacţiunea socială (Riggio şi Kwong, 2009).

Tot din cauza anxietăţii sociale şi a deficitului de aptitudini prosociale, paranoizii sunt însinguraţi, se refugiază în mass-media virtuale şi au deficite mari de competenţe interpersonale.

Internetul pare să fie, de asemenea, locul preferat de refugiu al schizotipalilor. Îndepărtându-se de lumea reală, ei îşi amplifică astfel deficitele relaţionale, anxietatea socială şi depresia (Mittal *et al.*, 2007).

De altfel, anxietatea socială este un simptom central al tulburării schizotipale, alături de ideile magice, experiențele perceptive neobișnuite, ideile de referință și de suspiciune, ea crescând riscul dezvoltării schizofreniei. Femeile au scoruri mai mari la chestionarele privind anxietatea socială și credințele ciudate (Wolfradt și Straube, 1992; Badcock și Dragović, 2006).

Anxietatea socială este prezentă și la pacienții borderline, în asociere cu deficitele marcante în integrarea informațiilor sociale, cu antagonismul interpersonal (inadecvarea la interlocutor), precum și cu o suspiciune crescută față de oameni și situații (Minzenberg, 2006). Tulburarea de personalitate borderline are ca element esențial „un pattern pervasiv de instabilitate a imaginii de sine, a relațiilor interpersonale și a dispoziției, începând de timpuriu în viața adultă și prezent într-o varietate de contexte" (DSM-IV R). Relațiile interpersonale ale indivizilor borderline sunt instabile și intense, acești oameni nu suportă singurătatea, dezvoltă mânie intensă, pot iniția acțiuni potențial autoprejudiciabile, precum conducerea imprudentă a unui autovehicul, consumul de substanțe psihoactive, relațiile sexuale ocazionale, furtul din magazine, excesele alimentare și excesele de cumpărături.

2.1.2. INADAPTARE PROFESIONALĂ, COGNIȚII PARANOICE DESPRE COLEGI

După cum arătam, inadaptarea profesională apare ca o consecință importantă a incompetenței sociale. De pildă, schizotipalii și paranoizii au rate mai mici de ocupare profesională și un istoric de a fi lucrat la locuri de muncă mai puțin complexe decât persoanele fără asemenea tulburări. În timp ce subiecții cu mai puține trăsături de personalitate paranoidă sunt capabili să aibă o istorie de muncă într-un

mediu competitiv, pentru o perioadă medie de un an, schizotipalii se refugiază în locuri de muncă implicând niveluri mai reduse de contact social. Concluzia cercetătorilor este aceea că tulburarea paranoidă reprezintă un predictor semnificativ al istoriei de muncă, în timp ce tulburarea schizotipală prezice contactele sociale sărace la locurile de muncă (McGurk *et al.*, 2013).

Inadaptarea la mediul socio-profesional este amplificată în schizofrenia paranoidă. Persoanele care suferă de această tulburare folosesc ca mecanisme de apărare regresia, negarea, reprimarea care, alături de anxietatea interpersonală, le împiedică adaptarea socială și funcționarea profesională adecvată (Bomov și Reyblat, 2011). Cogniţiile paranoice despre colegi și suspiciunea reușesc să declanșeze atragerea ostilității și chiar a furiei celorlalți, soldându-se cu respingerea socială a acestor persoane de către grupurile profesionale sau sociale (Marr, 2012).

Antisocialii sunt, de asemenea, puțin performanți. DSM IV-R arată că o persoană cu tulburare de personalitate antisocială este incapabilă să susțină un comportament constant în muncă. Lipsa de ocupație este frecventă în cazul acestor indivizi, de la care este așteptat să lucreze și au și unde să lucreze. Atunci când individul lucrează, el se distinge prin absențe repetate de la serviciu, neexplicate printr-o boală a sa sau a unui membru al familiei, ca și prin abandonarea job-urilor, fără a avea planuri realiste de angajare în altă parte.

2.1.3. NARCISICII – MANAGERI IDEALI SAU ȘEFI AGRESIVI?

Tulburarea de personalitate narcisică este, la rândul ei, una dezadaptativă, care provoacă disfuncții și suferință în domeniul interpersonal, remarcă majoritatea cercetătorilor care au studiat

acest tip de tulburare. Elementul central al acesteia este „un patern pervasiv de grandoare (în fantezie sau în comportament), susceptibilitate anormală la evaluarea de către alții și lipsă de empatie care începe de timpuriu în perioada adultă și este prezent într-o varietate de contexte" (DSM IV-R). Narcisicul are un sentiment exagerat al importanței de sine, își exagerează realizările și talentele, are fantezii de succes nelimitat și de putere, cerșește complimente de la ceilalți, speră în iubiri ideale și îi invidiază puternic pe cei pe care-i percep ca având mai mult succes decât ei. Adeseori, narcisicul este încercat de depresie și de sentimentul lipsei de valoare personală și are o stimă de sine foarte fragilă, reacționând cu furie la critică.

Comportamentul narcisicilor generează probleme importante nu numai pentru persoanele care interacționează cu ei, cât și pentru narcisicii înșiși. Stresul cvasipermanent și afectarea negativă a funcționării sociale sunt trăsături definitorii ale interacțiunii cu narcisicii (Miller *et al.*, 2007). Astfel, marii narcisici sunt hipervigilenți în ceea ce privește amenințările îndreptate împotriva propriei lor ființe (așa numitele acțiuni de „Ego-terorism"). De aceea, ei dezvoltă comportamente de apărare a Sinelui, de protecție a autopercepției de grandoare și de evitare a deziluziei inutilității (Horvath și Morf, 2009).

Potrivit altor studii (Watson, Morris, 1991), narcisicii se remarcă prin scoruri mai scăzute în inventarele de personalitate la dimensiuni precum empatia emoțională și cognitivă (demonstrând o lipsă de sensibilitate interpersonală), la dezirabilitatea și la responsabilitatea socială și, totodată, prin scoruri mai mari la dimensiunile stresului interpersonal. Atributele narcisice de „conducere"/„autoritate" stabilesc corelații pozitive cu dimensiunea „primejdii interpersonale" mai mici, în timp ce „superioritatea"/„aroganța", alte trăsături

narcisice dezadaptative, corelează înalt cu responsabilitatea socială crescută, percepută de subiect (idem). Cu alte cuvinte, narcisicii sunt convinşi că numai purtându-se autoritar cu ceilalţi oameni şi tratându-i cu superioritate îşi vor putea îndeplini la nivel de performanţă sarcinile profesionale şi misiunea socială.

În acelaşi timp, narcisicii „cei puternici" s-au dovedit a fi mai stresaţi comparativ cu persoanele fără tulburări de personalitate, trăsăturile disfuncţionale ale acestora fiind susceptibile de a le modifica starea de sănătate pe termen lung. Pentru a ajunge la o asemenea constatare, a fost determinată în laborator reactivitatea la stres a narcisicilor (Eldstein *et al.*, 2010) şi a fost măsurată reactivitatea la cortizol (corelata fiziologică). Pe de altă parte, s-a demonstrat în laborator că stresul poate determina depresia şi atitudinile paranoide în rândul narcisicilor (Joiner Jr *et al.*, 2008). Potrivit altor cercetări, empatia emoţională restrânsă a narcisicilor este legată de anumite anomalii structurale în regiunea creierului fronto-paralimbic (Schulze *et al.*, 2010).

În ciuda eforturilor psihiatrilor şi ale psihologilor de a înţelege şi de a trata această tulburare, specialiştii în management sunt tentaţi să o consideră benefică. Din punct de vedere al performanţei, organizaţia condusă de un narcisic ar fi una ideală, menită să supravieţuiască şi să se impună în condiţiile unei lupte economice tot mai acerbe. Rosenthal şi Pittinsky (2006) sunt doi cercetători adepţi ai acestui curent care cred că narcisismul, ca trăsătură de personalitate marcată de grandoare, este un atribut al liderilor puternici. Aceşti autori recunosc că narcisismul cuprinde şi o serie de atribute mai puţin benefice cum ar fi aroganţa, autoadmiraţia sau stima de sine înaltă, însă acestea sunt compensate de o multitudine de calităţi. Astfel, narcisicii se remarcă prin stiluri de conducere grandioase, sunt motivaţi de nevoia lor continuă de a atrage

admirația celorlalți și, chiar dacă nu empatizează prea bine cu angajații, ei empatizează cu instituțiile pe care le conduc. În plus, narcisicii posedă charismă și au viziuni înalte, dimensiuni vitale pentru un leadership eficient. Studiul personalităților narcisiste ar putea fi integrat în domeniul studiilor de management, conchid cei doi autori.

În același registru al dezirabilului și chiar al „normalului" se plasează Rosenthal și Hooley (2010), autori care recomandă investigații suplimentare cu privire la tulburarea de personalitate narcisică, dat fiind că narcisismul, care corespunde unui nivel ridicat al stimei de sine, ar putea reflecta, în esență, sănătatea psihologică a individului.

Totuși, există cercetări care atrag atenția asupra faptului că, în mediul social, narcisismul poate fi legat de comiterea agresiunilor asupra altora. Această formă patologică de personalitate reprezintă un amestec ciudat și paradoxal de adaptabilitate la cerințele sociale (bazat, desigur, pe autosuficiență și pe autoeficiență) și de imposibilitate de adaptare (centrată pe exploatarea altora). Exploatatorii narcisici sunt capabili de a comite agresiuni și chiar violențe extreme, având în același timp o capacitate crescută de autovictimizare (Reidy *et al.*, 2008).

2.2. DISFUNCȚIILE EMOȚIONALE

Anhedonia socială, perceperea greșită a emoțiilor celorlalți, instabilitatea emoțională, impulsivitatea, accesele de mânie și depresia reprezintă alte trăsături care pot fi identificate în rândul persoanelor cu tulburări de personalitate și care afectează funcționarea lor socială.

Anhedonia socială sau incapacitatea de a simți plăcere este o trăsătură distinctivă din schizofrenie care se regăsește cu o mare frecvență la indivizii cu tulburări de personalitate

schizotipală, schizoidă şi paranoidă, fiind un indicator promiţător de vulnerabilitate genetică pentru patologia din schizofrenie, alături de anxietatea socială, dezorganizarea cognitivă, denaturarea realităţii şi stresul psihologic marcant (Cohen *et al.*, 2010, Sera *et al.*, 2013). Schizoizii se remarcă printr-un „patern pervasiv de indiferenţă faţă de relaţiile sociale şi o gamă restrânsă de expresie şi experienţă emoţională, care începe de timpuriu în viaţa adultă şi este prezent într-o varietate de contexte" (DSM IV-R). Potrivit tratatelor de psihiatrie, schizoizii preferă să fie solitari, nu se bucură de faptul de a face parte dintr-o familie, nu au amici sau confidenţi (sau au numai unul), preferă să muncească singuri, nu au dorinţe sexuale şi experimentează rar emoţii puternice precum mânia sau bucuria.

Studii recente de psihologie socială a Internetului au demonstrat că anhedonia corelează cu o scădere a participării sociale nu numai în viaţa reală, ci şi în mediul virtual.

Accesul la profilurile de pe Facebook ale indivizilor cu tulburările de personalitate menţionate a arătat că acestea au un număr scăzut de prieteni şi de fotografii, preferând să comunice mult timp doar cu câte un prieten (Martin *et al.*, 2006). Numărul mare de prieteni pe Facebook s-a dovedit a fi un predictor valid pentru mai multe simptome de tulburare bipolară (maniaco-depresie), narcisism (simţ crescut al propriei importanţe, nevoia profundă de a capta admiraţia celorlalţi) şi tulburare histrionică de personalitate (teatralism, dorinţa de a atrage atenţia). Corelaţiile între numărul prietenilor şi distimie (o formă depresivă uşoară) s-au dovedit a fi moderate; la fel s-a întâmplat şi în cazul tulburării de personalitate schizoide (evitarea activităţilor sociale şi a interacţiunilor cu oamenii). Utilizarea excesivă a Facebook a prezis simptome ale tulburării anxioase, similar altor studii în domeniu (Popa, 2013).

Din punct de vedere al disfuncţiilor emoţionale pe care le antrenează, simptomele paranoide pot fi studiate, la rândul lor,

atât pe teritoriul psihopatologiei clinice, experimentale, cât şi pe cel al ştiinţelor cognitive sociale. Aceste simptome au fost legate de perceperea constantă a majorităţii emoţiilor ca fiind dezgustătoare. Percepţiile greşite ale paranoizilor au rămas nemodificate în urma tratamentului, având la bază atât unele deficite neurocognitive, cât mai ales o serie de prejudecăţi sociale cognitive (Peer *et al.*, 2004), ceea ce a relevat trăinicia acestora.

Pe de altă parte, schizotipalii se confruntă cu dificultăţi insurmontabile în a recunoaşte şi eticheta diverse emoţii. Astfel, ei se dovedesc puţin capabili de a afişa comportamente competente social. Schizotipalii – a relevat un studiu de referinţă – nu pot alege comportamentul adecvat, din mai multe variante de comportamente, pentru a rezolva sarcini prestabilite (Waldeck şi Miller, 2000).

De asemenea, capacitatea schizotipalilor de a identifica emoţiile pozitive a fost mult mai deficitară decât cea de a identifica alte tipuri de emoţii. În acelaşi timp, ei nu şi-au putut adapta comportamentele la sarcinile trasate, fiind incapabili, în acelaşi timp, să-şi aleagă comportamentele adecvate social din multitudinea de variante oferite de investigatori. Studiul a sugerat că persoanele cu tulburare schizotipală au abilităţi sociale scăzute, similare celor raportate pentru persoanele cu schizofrenie.

2.2.1. HAOS AFECTIV ŞI INTELIGENŢĂ SOCIALĂ SCĂZUTĂ LA INDIVIZII BORDERLINE

În tulburarea de personalitate borderline, psihopatologia afectivă (dezechilibrul emoţional) şi distorsiunile cognitive pot fi considerate răspunzătoare de inadaptarea la mediul social, ca şi de alte complicaţii (episoade depresive majore, tentative de suicid, tulburare bipolară). De altfel, însăşi această tulburare

defineşte un „pattern pervaziv de instabilitate a relaţiilor emoţionale, a imaginii de sine, a afectelor şi o impulsivitate accentuată" (Ionescu, 1997). Indivizii borderline pendulează între extremele de idealizare şi devalorizare a propriei persoane sau a celorlalţi (aşa numitul „binom dispoziţional"), au relaţii interpersonale intense şi versatile, sunt schimbători, imprevizibili, se confruntă adeseori cu sentimentul de vid interior (plictiseală, zădărnicie) şi detestă singurătatea (aceasta le provoacă disconfort şi anxietate).

Însă tulburarea borderline prezintă, în prim planul tabloului simptomatologic, pe lângă aceste dificultăţi marcante de control al emoţiilor, şi perioade de depresie majoră, ideaţie suicidară, accese de mânie, sentimente de neîmplinire şi de vid interior (Reiser, Thompson, 2005).

Reacţiile emoţionale intense le sunt declanşate uşor. Astfel, persoanele borderline au nu doar o inteligenţă socială slab dezvoltată, ci şi un management deficitar al emoţiilor. Unele cercetări au arătat că acestor persoane le este afectată însăşi percepţia expresiilor emoţionale ale persoanelor cu care intră în contact şi chiar recunoaşterea acestor emoţii (Gardner, Qualter, 2009). Astfel, sub o aparenţă de normalitate a indivizilor borderline (care par a avea „faţete sociale intacte") se ascunde un „haos interior", alimentat de o istorie îndelungată de suferinţe şi de comportamente cronice autodistructive, izvorât din instabilitatea emoţională (Sansone şi Sansone, 2010).

Un mai bun management al emoţiilor, precum şi însuşirea unor tehnici de diferenţiere a emoţiilor negative de cele pozitive ar putea reduce comportamentele de autovătămare în cazul acestor persoane, susţin terapeuţii.

Diverse studii au arătat că nu numai pacienţii borderline, ci şi antisocialii au o vulnerabilitate emoţională generală,

implicând imaturitatea şi incapacitatea de rezonanţă afectivă, dimensiuni care amplifică disfuncţiile interpersonale.

2.2.2. HIPEREXCITABILITATE ŞI LIPSĂ DE EMPATIE LA ANTISOCIALI

Antisocialii se remarcă prin imaturitate şi labilitate afectivă, intoleranţă la frustrare, hipersensibilitate, excitabilitate, un slab control al impulsurilor, indiferentism afectiv şi lipsă de empatie. Trecerea de la o stare afectivă la alta conferă imprevizibilitate acţiunilor infracţionale comise de unele dintre aceste persoane (Preda, Bolohan şi Popa, 2012).

În tratate, tulburarea de personalitate antisocială are ca element esenţial „un pattern de comportament iresponsabil şi antisocial care începe în copilărie sau adolescenţă şi continuă şi în perioada adultă" (DSM-IV). Pentru a fi pus însă acest diagnostic, persoana în cauză trebuie să aibă cel puţin 18 ani şi să aibă un istoric de tulburare de conduită înainte de vârsta de 15 ani, recomandă tratatele de psihiatrie, în vederea eliminării unor stigmatizări premature a copiilor violenţi.

Instabilitatea afectelor şi a emoţiilor se asociază cu hipersensibilitatea şi excitabilitatea crescută, cu frustrarea intensă, trăsături care numai împreună pot explica slabul control al impulsurilor acestor persoane (Butoi şi Butoi, 2006). Oamenii respectivi iniţiază adesea bătăi, fură, violează, distrug proprietăţile, în copilărie ei au chiulit de la şcoală, au fugit de acasă, au fost cruzi cu animalele.

Particularităţile din sfera afectivă a personalităţii infractorului au fost analizate de J. Eysenck şi colab. în cadrul mai multor studii sintetizate de C. Hollin (1991). Eysenck a definit trei caracteristici de bază ale personalitatii: extraversia (E), neuroticismul (N) şi psihoticismul (P). Persoanele care au scoruri mari de extraversie şi neuroticism sunt susceptibile de a

prezenta tendinţe criminale; cele care au scoruri ridicate la toate cele trei dimensiuni pot comite infracţiuni violente. În schimb, persoanele cu E şi N scăzute au un control eficient şi nu sunt reprezentate în populaţia de criminali. Indivizii cu nivel crescut de E au nevoie de stimulare în exces pentru a-şi menţine activitatea cerebrală. Indivizii introvertiţi, pe de altă parte, sunt caracterizaţi printr-o activitate corticală în exces, ceea ce îi determină să evite stimulările şi să fie mai rezervaţi. Modelul elaborat de J. Eysenck mai arată că neuroticismul este legat de sistemul nervos autonom (ANS). Indivizii cu nivel crescut de N au un ANS instabil şi pot să prezinte modificări de dispoziţie şi comportament anxios, în timp ce indivizii cu ANS stabil sunt calmi şi temperaţi.

Totuşi, studiile ulterioare care au încercat să verifice funcţionarea modelului lui Eysenck au arătat că există antisociali care nu corespund predicţiilor, respectiv care nu au scoruri înalte la neuroticism şi extraversie, concluzie care a acreditat din nou ideea luării în considerare a factorilor sociali şi situaţionali în declanşarea comportamentelor infracţionale.

Alte studii au încercat să arate că maturitatea afectivă a infractorului constă în decalajul permanent între procesele cognitive şi cele afective, ca reflectă supremaţia impulsurilor asupra raţiunii, predominanţa „principiului plăcerii" asupra „principiului realităţii". Din această imaturitate izvorăsc rigiditatea psihică, reacţiile disproporţionate, comportamentele infantile (accese de plâns, crize, explozii de descărcare afectivă), direcţionate către obţinerea unor plăceri imediate. Dezvoltarea emoţiilor şi sentimentelor superioare, îndeosebi a celor de preţuire, dragoste, precum şi a sentimentelor morale este precară la antisociali.

Gottfredson şi Hirschi (1990) definesc autocontrolul scăzut al antisocialului ca fiind un determinant al săvârşirii infracţiunilor. Indivizii cu această trăsătură nu sunt în stare să

reziste nici diverselor tentații (fumat, alcool, droguri, jocuri de noroc, promiscuitate sexuală), nici oportunităților de a comite crima. Frustrarea este, la rândul ei, o stare emoțională resimțită de infractor atunci când este privat de unele drepturi, recompense, satisfacții, despre care crede că i se cuvin. Frustrarea este experimentată ca o stare de disconfort, criză, tensiune, cu potențial dezorganizator asupra conduitei. Abținerea și amânarea satisfacției sunt urmate de comportamente agresive (idem).

Toată această „exacerbare" a emotivității antisocialului se asociază cu o particularitate personologică aproape paradoxală în acest context, și anume indiferentismul afectiv. Mai precis, infractorul este incapabil de a înțelege durerile și nevoile celorlalți, ba chiar resimte satisfacție față de durerile altora. Această latură a personalității lui se dezvoltă de la vârste timpurii, în principal din cauza conflictelor și privațiunilor din cadrul familiei în care crește.

Lipsa empatiei, a acelei capacități care-i permite individului să se transpună „în pielea" celuilalt, pentru a-i înțelege din interior sistemul de semnificații și valori, este o altă particularitate de speță emoțională a personalității infracționale, care favorizează săvârșirea cu cruzime a actelor antisociale.

2.3. SCHEME COGNITIVE DEZADAPTATIVE

Schemele cognitive greșite și modalitatea ineficientă de a rezolva problemele de viață și profesionale sunt alte trăsături dezadaptative atribuite indivizilor cu tulburări de personalitate.

Indivizii borderline, narcisicii, histrionicii și evitanții rezolvă problemele cu care se confruntă într-un stil impulsiv și neglijent, ultimii remarcându-se în plus și prin negativitate (McMurran *et al.*, 2007). La persoanele diagnosticate cu

borderline, relevă un alt studiu, schemele cognitive dezadaptative vizează propria persoană și situațiile sociale în general (Specht *et al.*, 2009). Din această gândire negativă (care conduce la cogniții sociale deficitare și la o „mentalizare" excesivă), la care se asociază disfuncțiile emoționale puternice și percepțiile greșite, excesiv de polarizate, ar decurge problemele interpersonale ale subiecților borderline (Arntz și Haaf, 2012), ca și tulburările lor de comportament, adeseori cu caracter penal (Sharp *et al.*, 2011).

Pe lângă schemele cognitive dezadaptative, indivizii borderline pot manifesta deficit de atenție și experiențe amnezice. Amnezia apare pe fondul experiențelor disociative. Astfel, pacienții borderline au o gamă mai largă de experiențe disociative decât sunt de obicei recunoscute, inclusiv experiențe de absorbție și de amnezie, precum și experiențe de depersonalizare (Zanarini *et al.*, 2000). Ei raportează experiențe disociative de intensitate diferită (de la un nivel scăzut, până la un nivel moderat sau ridicat), similare celor raportate de pacienții care îndeplinesc criteriile pentru tulburarea de stres posttraumatic sau pentru tulburările disociative. Cu alte cuvinte, în momente de stres social intens, pacienții borderline își dezvoltă acest mecanism defensiv care le permite „evadarea" din situație, bazat pe amnezie și depersonalizare. Tot ca răspuns la stres, la pacienții borderline au mai fost remarcate și creșteri semnificative ale nivelului de cortizol.

2.3.1. IMATURITATEA INTELECTUALĂ A INFRACTORULUI

În cazul antisocialilor, în prim planul cogniției se impun imaturitatea intelectuală (susceptibilă să genereze un mod specific de planificare acțională, care vizează obținerea

imediată a unei recompense) şi neluarea în calcul a consecinţelor acţiunilor infracţionale pe termen mediu şi lung. Infractorul este practic incapabil să prevadă consecinţele acţiunilor sale. Imaturitatea intelectuală nu denotă o rată scăzută a coeficientului de inteligenţă, ci presupune incapacitatea de a aprecia raportul dintre pierderi şi câştiguri, atunci când infractorul proiectează un act infracţional, arată Eysenk (1964). Autorul detaliază problema „paradoxului criminal", pe care îl explică pornind de la „legea secvenţei temporale" a psihologului american O.H. Mawrer. Astfel, producerea unui anumit act infracţional este determinată nu numai de consecinţele actului respectiv, ci şi de apariţia în timp a respectivelor consecinţe.

Cu alte cuvinte, atunci când o acţiune infracţională poate avea un rezultat pozitiv sau unul negativ, ambele consecinţe fiind teoretic egal probabile ca manifestare, atunci situaţia conflictuală se rezolvă în funcţie de rezultatul obţinut cel mai rapid. Consecinţa imediată a actului infracţional este una premial-pozitivă, deoarece oferă satisfacţii imediate făptuitorului, în timp ce rezultatul său negativ (eventualele sancţiuni penale) este mai îndepărtat în timp şi comportă un grad mai mare de incertitudine.

Comportamentul infracţional este încurajat, de asemenea, de lipsa unor atitudini potrivite ale infractorului faţă de problemele cu care se confruntă, precum şi de absenţa unor atitudini critice sau autocritice faţă de situaţiile indezirabile social şi faţă de propria persoană. Gândirea nerealistă, asociată cu dificultăţile de proiectare a viitorului pe termen mediu şi lung, sunt alte dimensiuni comune pentru majoritatea tipologiilor infracţionale. În cazurile recidivistului şi al infractorului de carieră, succesul obţinut după o primă infracţiune acţionează ca stimul pentru situaţii infracţionale viitoare, determinând încălcări repetitive ale legislaţiei penale.

Din acest motiv, reprezentanții teoriei învățării, printre care H. Eysenck, susțin că un comportament deviant poate fi modificat sau chiar eliminat prin sancționarea eficientă a celui care îl dezvoltă. Sistemul de sancțiuni aplicat în copilărie ar urmări tocmai ținerea departe de individ a valorii-recompensă a comportamentului. Astfel, un copil constant pedepsit pentru un comportament inadecvat, neconform cu normele sociale, va dezvolta răspunsuri neplăcute (fiziologice și emoționale), ori de câte ori este susceptibilă declanșarea comportamentului respectiv, ceea ce, în timp, va conduce la stingerea comportamentului însuși. Acesta este, în fapt, un proces de condiționare complexă, clasică și operantă, vizând formarea conștiinței. Însă Eysenck subliniază că nu toți indivizii răspund la fel de prompt și pozitiv la procesul de socializare. Există o mare variabilitate individuală de care trebuie să se țină seama, care rezidă în sensibilitatea fiecărui individ în timpul proceselor de condiționare.

Răspunsul individual în cadrul procesului de condiționare a fost analizat și de Wilson și Herrnstein (1985), prin perspectiva excitației fiziologice care determină răspunsuri emoționale. Astfel, indivizii care nu sunt în măsură să asocieze cu sentimente negative comiterea unui comportament infracțional nu vor fi descurajați, prin condiționare, de la comiterea actelor criminale. Conform celor doi autori, subsocializarea și inteligența scăzută ale unor indivizi, ca și impulsivitatea acestora, pot fi alte piedici importante în procesul de condiționare. Autorii citați, deși au pornit de la ipoteza că inteligența determină modul în care o persoană cântărește câștigurile și pierderile asociate cu comiterea unui act infracțional, nu au putut demonstra că inteligența scăzută este o cauză comună a producerii infracțiunilor.

Tot în sfera cognitivă se impune a fi analizată și capacitatea de planificare a actului infracțional în sine, mai ales

în cazul persoanelor antisociale, care fac o profesie din eludarea normelor sociale şi violarea legii. Astfel, „infractorul de profesie" are deprinderi specifice bine conturate, unele dintre acestea ridicându-se la rangul de aptitudini (pentru furt, tâlhărie, falsificare de înscrisuri, clonare de carduri), abilităţi în identificarea victimelor şi a împrejurărilor comiterii faptelor, astfel încât probabilitatea depistării sau prinderii lui să se reducă. Mai mult, acest tip de infractor are capacitatea de a se orienta rapid în sarcina infracţională, adaptându-şi din mers planurile în funcţie de variabilitatea situaţională cu care se confruntă. Se poate spune că el este pregătit permanent pentru arest şi judecată, asumându-şi constant riscul de a petrece o anumită perioadă în penitenciar.

Capacitatea de planificare intervine şi în timpul înlăturării probelor faptei, după cum remarcă J. Pinatel (1971). Astfel, în timpul săvârşirii faptei, înlăturarea probelor nu poate fi completă, deoarece starea de tensiune psihică aferentă generează scăpări şi greşeli, de pildă uitarea la locul faptei a armelor sau a instrumentelor destinate spargerilor. Din acest motiv, chiar şi cei mai insensibili asasini se reîntorc la locul faptei. Cu toate aceste greşeli frapante, autorul citat subliniază calmul sinistru de care dau dovadă unii infractori în câmpul faptei. În cazul acestora, ipoteza nervozităţii şi a fricii este greu de acceptat, singura explicaţie a uitării uneltelor ucigaşe este aceea de a o considera un „act simptomatic".

2.4. PERSOGENEZA ŞI STRESORII SOCIALI

Factorii sociali sunt implicaţi nu numai în dificultăţile relaţionale ale indivizilor diagnosticaţi cu tulburări de personalitate şi în eşecul social al multora dintre ei, după cum am arătat în subcapitolul anterior, ci şi în persogeneză.

În copilărie, tulburările de personalitate sunt denumite tulburări de comportament, urmând a se cristaliza la adolescență, odată cu structurarea personalității, însoțindu-l pe individ de-a lungul întregii sale existențe (Ionescu, 1997). Cu alte cuvinte, un model dezadaptativ de personalitate nu apare din neant, nu este rezultatul direct al unui stres trăit de adult, ci se construiește în timp. De pildă, copiii agresați sunt considerați a fi „preborderline". Ei au imagini ambivalente despre ei înșiși și despre alții, se tem să nu fie abandonați de mamele lor (catalogate ca inconsecvente, insensibile și nonempatice). Totodată, acești copii se confruntă cu dileme aparent nerezolvabile, au un comportament dezinhibat, provin din familii marcate de un nivel ridicat de psihopatologie sau din familii cu stiluri parentale disfuncționale și au atitudini contradictorii față de părinți, mergând de la dragoste la ură (Gratz *et al.*, 2011). Cele două trăsături s-au dovedit indisolubil legate de abuzul emoțional, ca factor de stres major în viața copilului.

Stilurile parentale detașate, respectiv protectoare, abandonul copilului, abuzul copilului (frecvent și sever), ca și furia dezvoltată de copil înainte de 18 ani sunt predictori semnificativi nu numai pentru tulburarea de personalitate borderline, cât și pentru tulburarea antisocială (Lobbestael *et al.*, 2005). Abandonul copilului s-a reliefat, la rândul său, ca un predictor comun al tulburării borderline și al tulburării de personalitate de tip evitant (De Panfilis *et al.*, 2012). Tulburarea de personalitate de tip evitant semnifică „un patern pervasiv de disconfort social, teama de apreciere negativă și timiditate începând de timpuriu în viața adultă și prezent într-o varietate de contexte" (DSM IV-R). Evitanții sunt ușor de lezat prin critică, sunt distruși la orice semn dezaprobator al celorlalți și în general evită activitățile sociale sau profesionale care implică un contact interpersonal important.

Comportamentul persoanelor cu tulburare de personalitate paranoidă ar avea şi el printre determinaţi relaţiile adversive părinte-copil, expunerea copilului la comportamente inconsistente, un istoric de suspiciuni confirmate, neîntărirea comportamentelor sociale adecvate, imitarea comportamentelor paranoide ale altora, perturbarea sistemelor de feedback social şi, nu în ultimul rând, stresul vieţii (Haynes, 1986). De altfel s-a demonstrat că vulnerabilitatea emoţională, ale cărei baze sunt puse încă din copilărie, se numără şi printre factorii psihosociali de risc ai schizofreniei.

Este unanim recunoscut faptul că experientele din copilărie afectează capacitatea de dezvoltare socială şi emoţională sănătoasă. Un studiu realizat de Anglin şi colab. (2008) a arătat că separarea copilului de mama sa, în primii 2 ani de viaţă, poate prezice dezvoltarea tulburării de personalitate schziotipale, cu simptome a căror intensitate variază în funcţie de durata separării. Tulburarea de personalitate schizotipală pare astfel să fie legată de comportamentul deficitar al părinţilor faţă de copil. Neglijarea copilului de către părinţi, neimplicarea părinţilor în viaţa copilului şi lipsa de ocrotire a acestuia sunt principalele atribute ale comportamentului parental negativ, perceput şi raportat de pacienţii schizotipali (Torgersen şi Alnæs, 1992).

Influenţa mediului social este decisivă şi în cazul narcisicilor. Mediul în care trăiesc, de pildă, vedetele TV, actorii şi muzicienii îşi pune amprenta asupra trăsăturilor de personalitate narcisice sau histrionice a acestora. Totuşi, arată un studiu întreprins de Young şi Pinsky (2006), respectivele persoane ar putea avea tendinţe narcisiste înainte de a intra în industria de divertisment. În timp ce în populaţia generală bărbaţii sunt mai narcisişti decât femeile, printre celebrităţi femeile s-au dovedit a fi semnificativ mai narcisiste decât omologii lor de sex masculin. Cele mai mari scoruri la

chestionarele de profil le-au obținut realizatorii de televiziune, urmați de comici, actori și muzicieni.

2.4.1. COPILUL MALTRATAT – VIITOR PACIENT PSIHIATRIC?

În ceea ce privește etiopatogenia tulburărilor de personalitate, cercetătorii sunt de acord cu faptul că aceasta este un fenomen multidimensional, plurideterminat, care începe să se manifeste de timpuriu.

La originea tulburării borderline stau, de exemplu, factorii biologici (vulnerabilități neurobiologice și neurobiochimice – dereglarea sistemului serotoninic), factorii intrapersonali (personalitatea premorbidă, „preborderline"), factorii interpersonali (relații disfuncționale cu familia și cu alți oameni) și cei psiho-sociali (abuzul emoțional, sexual, maltratarea copilului, stresul legat de evenimentele nefavorabile ale vieții).

Imaturitatea afectivă din tulburarea borderline este explicată prin oprirea timpurie a dezvoltării emoționale a copilului. Persoana în cauză devine astfel fragilă din punct de vedere emoțional, dezvoltă opinii depreciative despre propria persoană și tendințe agresive, își construiește un Super-Ego vindicativ (Prodgers, 1984). În legătură cu deficitele menționate, au fost puse atât actele de maltratare suferite în copilărie, cât și privarea copilului de dragostea maternă, înainte ca acesta să-și însușească limbajul.

Copiii cu patologie de graniță borderline au avut în istoricul lor rate mai mari de abuz fizic, de abuz sexual, de neglijare severă și de criminalitate parentală, comparativ cu copiii sănătoși, a relevat un studiu întreprins de Guzder *et al.* (1999), pe 94 de copii împărțiți în două grupuri, respectiv un grup cu patologie de graniță (N = 41) și un grup nonborderline (N = 53). Patologia copiilor a fost evaluată cu ajutorul unei

versiuni computerizate a Interviului Clinic Structurat pentru DSM-III-R. Studiul a relevat că patologia de graniță corelează cu tulburările de comportament şi că printre factorii de risc ai acesteia se numără, alături de cei menționați, şi destrămarea familiei (apud Popa şi Ciobanu, 2013).

Într-un studiu anterior, realizat prin examinarea a 98 de copii (din care 41 incluşi în eşantionul borderline), Gudzer *et al.* (1996) relevaseră insuficiența funcțională severă a copiilor cu patologie de graniță. În cazul eşantionului borderline, antecedentele identificate au fost: abuzul fizic (bătăi, maltratare) şi sexual în familie, disfuncția parentală, consumul de substanțe interzise al părinților, criminalitatea acestora şi neglijarea severă a copilului. Autorii citați au subliniat că astfel de predictori socio-familiali pot fi regăsiți şi în cazul adulților diagnosticați cu tulburare de personalitate borderline.

2.4.2. CUM SE CONSTRUIESC CRIMINALII?

Rolul decisiv al educației în formarea personalității nu poate fi pus nici el la îndoială. Inabilitatea părinților de a socializa cu copilul şi de a aplica un sistem corect de recompense şi pedepse inhibă dezvoltarea unor trăsături prosociale ale copilului şi dă naştere slabului autocontrol al acestuia. Astfel poate fi explicată, din punct de vedere al ştiințelor educației, formarea viitorului antisocial (Gottfredson şi Hirschi, 1990).

Modelele personologice cu privire la criminalitate au în vedere faptul că diferențele individuale în structurarea personalității îi pot face pe unii oameni mai predispuşi către comiterea unor acte comportamentale infracționale, comparativ cu alții.

Aceste modele nu ignoră însă perspectiva interacționistă cu privire la comportamentul infracțional, deoarece este nerealist

să presupui că un anumit tip de personalitate este singura cauză a delincvenței. Chiar dacă trăsăturile de personalitate rămân constante în timp și sunt susceptibile de a genera o mare varietate de comportamente, din cauza interferenței lor cu alte variabile (dintre care se impun, ca pregnanță, cele socio-economice) și mai ales a influențelor exercitate de factorii situaționali, nu pot fi considerate singure, prin ele însele, predictori majori ai delincvenței.

Sunt capabile, totuși, anumite configurații de personalitate să indice viitorii infractori sau, după caz, să prezică recidiva în cazul infractorilor eliberați? Căutarea răspunsului la această întrebare îi preocupă deopotrivă pe magistrați, psihologi, legiști și psihiatri.

În primul rând, cercetătorii (Preda, Bolohan și Popa, 2012) conturează profiluri complexe ale personalității infracționale, insistând asupra modului în care aceasta se construiește. Infractorul recidivist are, potrivit numeroaselor referințe din literatura de specialitate, o personalitate deformată, caracterizată prin: disfuncții de ordin afectiv (egocentrism și imaturitate afectivă, control lax al impulsurilor, intoleranță la frustrare), cognitiv (duplicitate comportamentală, incapacitate de a vizualiza pe termen lung consecințele faptelor penale), relațional-social (insuficientă maturizare socială, deficiență de integrare, nonconformism) și etic (incapabil să se adapteze cadrului normativ și cultural al societății în care trăiește).

Majoritatea cercetărilor efectuate pe deținuți au identificat egocentrismul ca fiind principala trăsătură a delincvenților antisociali. Chandler (apud. Butoi, 2006) arată că un mare număr de comportamente deviante sunt asociate cu o gândire egocentrică.

Egocentrismul este indisolubil legat, în personalitatea infractorului, de imaturitatea afectivă și intelectuală persistente ale acestuia.

Duplicitatea comportamentală şi opoziţia faţă de normele sociale sunt alte trăsături consolidate în timp, care produc mutaţii în sfera personologică social-motivaţională a personalităţii antisociale. Infractorul se confruntă cu dificultatea de a se autoreprezenta în societate (idem) şi, drept urmare, îşi „camuflează" adevărata faţă (comportamentul de disimulare).

Formarea atitudinilor antisociale îşi are rădăcinile într-o educaţie precară şi în mediul familial dezorganizat. Educaţia acestor persoane (provenite în majoritate din rândul familiilor cu părinţi divorţaţi, alcoolici, decedaţi, infractori) a fost necorespunzătoare şi sub influenţa unor factori de mediu favorizanţi.

Psihopatul sau antisocialul se angajează în comportamente impulsive sau iresponsabile, este egoist, lipsit de ruşine şi de empatie, cu o mare desconsiderare pentru alte persoane, cu o incapacitate de a menţine relaţii de durată. De asemenea, nu suportă amânarea recompenselor care i se cuvin şi are o mare capacitate de disimulare. Frecvent, această tulburare are în istoric o tulburare de conduită sau o tulburare de hiperactivitate cu deficit de atenţie (ADHD) şi se caracterizează prin: nerespectarea normelor sociale şi legale, impulsivitate, iritabilitate şi agresivitate (prin agresiuni fizice repetate), nesăbuinţă acţională, iresponsabilitate (eşecuri repetate în a susţine comportamente de muncă sau obligaţii financiare), lipsa remuşcării, recurgerea la înşelăciune, stilul de viaţă parazitar, eşecul relaţional (interacţiuni interpersonale sărace, viaţă sexuală dezordonată, mai multe relaţii de concubinaj sau maritale la activ).

Alte trăsături mai puţin investigate ale personalităţii antisociale vizează: volubilitatea individuală şi farmecul superficial, sentimentul de grandoare prezent în autoevaluări (deşi depresia este o dispoziţie persistentă la aceste persoane,

iar stima de sine – extrem de scăzută), nevoia de stimulare (manifestă înclinație către plictiseală), șiretenia manipulativă, neacceptarea responsabilității propriilor acțiuni, lipsa de realism, versatilitatea criminală.

Învățarea socială a comportamentului antisocial poate folosi ca explicație pentru creșterea comportamentului infracțional în anii adolescenței (Corbett și Petersilia, 1994). Astfel, tinerii care se angajează în comportamente de risc, cei care stabilesc relații negative cu alte persoane, cei care se confruntă cu instabilitate în viața de familie au șanse mai mari să devină delincvenți, prin învățarea comportamentului antisocial practicat de covârstnici.

Teoriile psihanalitice arată că la baza delicvenței stau identificările greșite ale copilului cu părinții săi și exteriorizarea impulsurilor criminale, rămase nesancționate în procesele de educație și socializare ale copilului. Freud (1961) susține că toți oamenii au tendințe criminale, reprimate în inconștient. Aceste tendințe nu se manifestă însă la toți oamenii, deoarece în educația lor ele au fost sancționate. Sancțiunea este susceptibilă să furnizeze mecanisme eficiente de control interior. Copilul necorespunzător educat poate însă dezvolta o tulburare de personalitate caracterizată prin impulsuri antisociale pasive sau active. Copilul care exteriorizează aceste impulsuri devine un criminal, iar cel care le interiorizează ajunge un nevrotic.

Rolul decisiv al educației în formarea personalității nu poate fi pus la îndoială. Gottfredson și Hirschi (1990) mai explică, de pildă, că autocontrolul scăzut devine o dominantă a personalității infractorului din cauza inabilității părinților de a socializa cu copilul.

Complexele de inferioritate și stările depresive sunt trăsături comune ale infractorilor, după cum menționam. Aceștia resimt puternice sentimente de incapacitate, de insuficiență personală, se confruntă cu prăbușiri ale moralului.

Sub influenţa celorlalţi factori de personalitate – egocentrismul, labilitatea emoţională, indiferentismul afectiv se produc comportamentele compensatorii pentru aceste stări. Acestea sunt de tip inferior (agresivitate, violenţă) şi orientate antisocial (Pinatel, 1971).

Agresivitatea apare atunci când individul nu-şi poate satisface dorinţele şi ea erupe în exterior printr-un comportament violent, îndreptat asupra altora sau asupra propriei persoane.

2.4.3. DEZVOLTARE MORALĂ PRECARĂ, VIOLAREA LEGILOR

În planul predicţiei comportamentelor criminale s-a demonstrat că scorurile mari la neuroticism şi psihoticism pot fi predictori valizi nu numai pentru depresie, ci şi pentru subsocializarea caracteristică infractorilor sau pentru violarea normelor sociale (Levine şi Jackson, 2004). Comportamentul penal nu este însă numai un rezultat al educaţiei bazate pe puterea exemplului şi pe lipsa sancţiunilor, ci şi o reflectare a dezvoltării morale precare sau o lipsă a valorilor morale, susţin reprezentanţii psihologiei dezvoltării. Din cauza lipsei valorilor morale, infractorii au, de pildă, o atitudine negativă faţă de ceea ce presupun activităţile organizate precum şcoala sau munca. Kohlberg a postulat că oamenii a căror dezvoltare morală este oprită la un moment dat pot deveni delincvenţi. Autorul citat a descris trei niveluri ale dezvoltării morale (apud. Cole&Cole, 1993, Kohlberg, 1976).

Primul nivel este în copilărie, când raţionamentul moral se bazează pe ascultare şi evitarea pedepsei. În acest stadiu, familia are o influenţă formativă importantă. Din acest motiv, influenţele negative din mediul familial (dezorganizarea familială, parazitismul social, exemplele negative oferite de unul dintre părinţi, lipsa de respect faţă de normele de conduită

şi de lege) pot determina formarea comportamentelor care intră în conflict cu legea penală.

Cel de-al doilea nivel este atins la sfârşitul copilăriei şi se bazează pe aşteptările pe care familia şi persoanele semnificative le au de la copil. Accentul cade pe educaţia realizată în familie şi în şcoală. În acest stadiu, insuficienta şcolarizare a copilului sau absenteismul, slaba calitate a conţinutului activităţii instructiv-educative, toleranţa cazurilor de indisciplină, comportamentele necorespunzătoare faţă de ceilalţi elevi pot favoriza devianţa comportamentală.

Cel de-al treilea nivel apare de obicei în timpul maturităţii timpurii, când indivizii interiorizează valoarea legilor şi a normelor sociale şi sunt preocupaţi de îmbunătăţirea acestora. Cei care nu progresează prin parcurgerea celor trei niveluri pot deveni infractori, concluzionează autorul citat.

Devalorizarea normelor sociale are o particularitate importantă în cazul recidiviştilor. Astfel, câştigurile de capital importante rezultate în urma săvârşirii infracţiunii pot sedimenta sentimentele acestor infractori cu privire la tratarea lor nedreaptă de către societate (Wilson şi Herrnstein, 1985).

Desrichard şi colab. (2007) arată că însuşirea valorilor morale şi prosociale şi achiziţia regulilor corespunzătoare de comportament de către adolescenţi, dimensiuni care au puternice legături cu riscul scăzut al delincvenţei, au fost insuficient studiate. Aceşti autori insistă pe studiul valorilor adolescenţilor, pentru a se examina priorităţile acţionale ale acestora. La formarea valorilor dezirabile social contribuie, deopotrivă, părinţii (prin educaţie, supraveghere şi control), şi şcoala, prin procesul instructiv-educativ pe care îl asigură. Campbell-Smith (1983) atenţionează asupra pericolului ca şcoala actuală nu numai să nu poată ajuta la formarea unor asemenea valori la elevi, ci chiar să-i conducă pe copii spre eşec şcolar şi interpersonal.

Printre reproşurile aduse şcolii se numără: necunoaşterea nevoilor reale ale copiilor, neacordarea ajutorului de către profesori atunci când elevii au nevoie de acest ajutor, neglijarea procesului educativ, neobservarea conduitelor violente manifestate de elevi, neangajarea unor consilieri specializaţi în probleme afective, nealocarea unui timp necesar dezvoltării personalităţii elevului şi adaptării lui la viaţa socială (idem).

2.4.4. DEZAVANTAJELE SOCIALE ŞI CRIMINALITATEA

În calitate de cauze şi predictori ai tulburărilor de personalitate antisociale şi ai criminalităţii în general pot figura nu numai lipsa supravegherii parentale şi educaţia deficitară realizată în unităţile de învăţământ, ci şi condiţiile dificile de pe piaţa forţei de muncă, potrivit altor autori. Aceste condiţii vitrege nu permit oamenilor să se apropie de atingerea unor valori profesionale precum avantajele materiale, relaţiile armonioase cu colegii de serviciu sau făurirea unui mod de viaţă adecvat.

Lee şi Slack (2008) analizează legătura dintre infracţiunile violente şi condiţiile precare de pe piaţa muncii şi arată că locurile de muncă prost plătite, precum cele sezoniere (asimilate unor forme de dezavantaj social, precum şomajul) pot avea ca efect o rată a infracţionalităţii peste medie. Cu toate acestea, s-a dovedit că şi astfel de locuri de muncă, tarifate la costuri scăzute, percepute ca fiind „nemulţumitoare", ajută populaţia din anumite zone, creând o presiune descendentă asupra ratelor criminalităţii, care astfel sunt mai scăzute decât în cazul persoanelor fără loc de muncă, din alte zone.

În acelaşi timp, ocuparea profesională dezvoltă anumite modele de comportament ecologic, permite cultivarea comportamentelor convenţionale şi îmbunătăţeşte relaţionarea lucrătorilor cu instituţiile (stimularea atitudinilor prosociale).

Capitolul 3

FACTORI SOCIALI ÎN DEPRESIE

Identificarea factorilor sociali care acționează în cazul pacientului depresiv, în calitate de stresori, prezintă o importanță crucială în psihiatrie (Popa, Ciobanu, 2013). Cunoașterea stresorilor cu cel mai mare potențial de declanșare a decompensărilor psihotice ajută clinicianul să se adreseze acestor chestiuni în mod suportiv (Kaplan și Sadock, 2001), în vederea reducerii influenței lor și a prevenirii recăderilor.

De aceea considerăm că determinarea rolului factorilor sociali în depresie este susceptibilă de a oferi noi direcții psihoterapeutice și de asistență socială, în vederea reducerii amplitudinii simptomelor depresive și a reintegrării pacienților în comunitate.

Rata cea mai ridicată a debutului depresiei se situează între 20 și 40 de ani (Marinescu *et al.*, 2008). Tabloul simptomatologic al tulburării, descris în marile tratate internaționale (ICD 10, DSM IV-TR), include simptome precum: dispoziția depresivă sau iritabilă, anhedonie (pierderea plăcerii), scăderea semnificativă în greutate sau câștigul ponderal, după caz, agitația/lentoarea psihomotorie, fatigabilitatea, sentimentele de inutilitate și de culpabilitate, insomnia, diminuarea capacității cognitive, ideația suicidară și gândurile recurente de moarte.

În ceea ce privește etiopatogenia depresiei, cercetătorii sunt de acord cu faptul că această tulburare este un fenomen plurideterminat (Areán și Reynolds III, 2005). La originea depresiei stau factori biologici (vulnerabilități neurobiochimice și neurobiologice, dintre care cea mai importantă este disfuncția sistemului serotoninic), intrapersonali (personalitatea

premorbidă), interpersonali (statusul marital, suportul social) şi psiho-sociali (evenimentele de viaţă traumatizante, stresul).

Suicidul, complicaţia majoră a depresiei, rămâne o cauză importantă de deces în întreaga lume. În Europa, suicidul are legături puternice cu inechităţile sociale. Factorii majori de risc pentru suicid sunt sărăcia, sănătatea mintală şi cea fizică, nivelul redus de educaţie, şomajul şi datoriile mari, alcoolismul, izolarea socială şi evenimentele de viaţă negative majore (Eurostat Health, 2010).

Vom încerca să grupăm, în continuare, principalele categorii de factori sociali care cresc vulnerabilitatea pentru depresie.

3.1. LIPSA PRIETENILOR, RISC CRESCUT PENTRU TRISTEŢEA CRONICĂ

Depresia majoră persistentă este prezisă de dificultăţile de a stabili relaţii de prietenie cu alţi oameni, de relaţiile familiale dezamăgitoare – lipsa încrederii în partener, funcţionarea nesatisfăcătoare a familiei (Goodyer *et al.*, 1997), precum şi de izolarea socială sau de starea de celibat (Sakado *et al.*, 1999). În general pacienţii diagnosticaţi cu depresie majoră, cu o tulburare de anxietate coexistentă, raportează disfuncţii sociale importante precum tendinţa de izolare socială, numărul mic de confidenţi, precum şi faptul că locuiesc singuri (Bronisch, Hecht, 1990).

În Marea Britanie, rate înalte de suicid se consemnează în zonele cu cele mai înalte zone de şomaj (context social de risc), precum şi în zonele în care există numeroase persoane care trăiesc singure (Crawford şi Prince, 1999). Într-o altă zonă a Europei, Toscana (Italia), riscul de depresie şi de suicid este

mai mare în rândul persoanelor singure, care trăiesc în case izolate, alți factori de risc fiind genul feminin, vârsta înaintată și condițiile economice precare (Martiello și Giacchi, 2012).

De asemenea, în depresiile severe majoritatea studiilor identifică prezența unor tulburări de adaptare socială pregnante. Psihopatologia specific depresivă se asociază cu sensibilitatea emoțională și cu ostilitatea interpersonală, factori care îngreunează adaptarea socială a pacienților respectivi (Dorz *et al.*, 2002). De cealaltă parte, pacienții cu un nivel scăzut de simptome depresive nu prezintă dificultăți sociale de integrare, scorurile lor de adaptare socială, măsurate cu ajutorul unor scale specifice, fiind comparabile cu cele obținute de un eșantion din populația generală (idem).

Funcționarea socială deficitară a fost asociată cu recurența semnificativă ulterioară a depresiei majore (Solomon *et al.*, 2004). De asemenea, satisfacția scăzută oferită de relațiile interpersonale, tulburările de personalitate și depresiile recurente ale pacienților depresivi au stabilit o corelație înaltă cu remiterea dificilă a simptomatologiei depresive (Ezquiaga, 1999), ceea ce a atras atenția asupra luării în considerare a variabilelor sociale și de personalitate atunci când se stabilește tratamentul pacienților cu depresie. Sprijinul social de care a beneficiat depresivul, calitatea anterioară a vieții lui și respectul de sine au ajutat, în schimb, la remiterea depresiei (Ezquiaga *et al.*, 2004).

3.2. AMINTIRILE ȘCOLARE NEPLĂCUTE, REACTIVATE LA VÂRSTA ADULTĂ

Adversitățile sociale pot determina depresie nu numai la adulți, ci și la copii. Riscul instalării acestei tulburări de dispoziție este mai ridicat în cazul celor ai căror părinți suferă de depresie (Beardslee și Gladstone, 2001).

Rata suicidului în rândul copiilor mici, atribuită depresiei, este la un nivel foarte scăzut – consemnează majoritatea studiilor de profil – însă ea creşte simţitor în adolescenţă (Shaffer şi Fisher, 1981). Adolescenţii care îşi curmă viaţa au fost expuşi la comportamentul suicidar al unor prieteni sau prin mass-media, au avut probleme relaţionale, tulburări psihice, tulburări de comportament (delincvenţă) sau dificultăţi şcolare (Portzky *et al.*, 2009).

Mamele adolescente, puţin capabile să-şi îngrijească nou-născuţii, suferă şi ele într-un procent semnificativ de depresie post-partum. În cazul acestor tinere trebuie instituite programe de screening şi terapii psihosociale de intervenţie. S-a dovedit că mamele adolescente care beneficiază de un sprijin social mai sărac pot dezvolta forme mai grave de depresie postpartum (Yozwiak, 2010; Kabir *et al.*, 2008). S-a mai demonstrat că fobia socială precede debutul depresiei la adolescenţi, iar cele două tulburări sunt comorbide (Väänänen, 2011). Pacienţii cu fobie socială comorbidă depresiei obţin scoruri mai mari la chestionarele psihologice privind atitudinile disfuncţionale, precum şi scoruri mai mici la dimensiunile de autoafirmare (Reiter *et al.*, 1991).

Interesant este că tristeţea cronică experimentată în copilărie are ecou şi la maturitate. Viaţa nefericită, frustrările, lipsa de popularitate în şcoală, care îi tulbură pe unii oameni încă din primii ani ai vieţii lor, se constituie în tot atâţia stresori psihosociali, care pot alimenta şi realimenta depresia persoanei devenite adultă.

Astfel, cercetătorii au probat că recurenţa depresiei este prezisă atât de durata şi numărul episoadelor depresive anterioare, de stresorii psihosociali care au acţionat asupra persoanei în cauză, în copilăria acesteia, cât şi de stresorii actuali. Un studiu realizat pe 323 de pacienţi depresivi (Riise şi Lund, 2001) a înfăţişat un model complex al factorilor sociali

care pot creşte riscul de recădere în depresie, printre aceştia numărându-se problemele emoţionale şi de abuz din copilărie, sexul feminin, izolarea socială şi atitudinea negativă faţă de propria persoană.

Printre predictorii depresiei majore, în cazul bărbaţilor, s-au numărat lipsa percepută de popularitate în perioada şcolarităţii, anxietatea survenită în jurul vârstei de 15 ani, problemele de sănătate neonatale, dependenţa emoţională, relaţiile familiale sărace, recăsătorirea unui părinte, climatul familial tensionat sau discordia familială (Reinhertz *et al.*, 1993). În cazul femeilor, au crescut semnificativ riscul de depresie majoră: nepopularitatea percepută, stima de sine scăzută, percepţiile deficitare ale rolului lor în cadrul familiei, moartea părinţilor şi pierderea unei sarcini (idem).

Tabloul riscurilor, în cazul adolescenţilor care dezvoltă depresie majoră, este în mare parte similar cu cel al adolescenţilor care consumă substanţe interzise, însă există şi o serie de factori sociali specifici care acţionează distinct în cazul celor două tulburări.

Factorii de risc specifici pentru depresie majoră sunt: stresul determinat de evenimente majore sau minore, dependenţa emoţională, simptomele unor boli somatice, istoricul de tentative de suicid şi un episod de depresie sau de anxietate în antecedente.

Factorii de risc specifici pentru consumul de substanţe sunt: consumul de tutun, dificultăţile academice şi un episod trecut de consum de substanţe.

Factorii comuni pentru depresie majoră şi consum de substanţe sunt: simptomele de depresie actuale, internalizarea şi externalizarea problemelor de comportament, abilităţile deficitare de coping, conflictele interpersonale şi conflictele cu părinţii, insatisfacţia din cauza notelor şcolare (Lewhinson *et al.*, 1995). Studiile de acest tip permit identificarea

adolescenților cu risc crescut pentru depresie majoră sau pentru consum de substanțe interzise, precum și proiectarea intervențiilor terapeutice și preventive specifice.

3.3. DIVORȚ – DEPRESIE – SUICID

Divorțul crește riscul de depresie și de suicid nu numai în cazul partenerilor care se despart, ci și în cazul copiilor care asistă la conflictele familiale sau care, după separarea părinților, au parte de un nivel mai scăzut de îngrijire părintească.

În primul rând, divorțul afectează sănătatea biologică, psihologică, socială și chiar spirituală a bărbaților, lucru demonstrat prin ratele mai ridicate de depresie și mortalitate prin suicid în cazul acestora, precum și prin abuzul de substanțe la care recurg (Felix *et al.*, 2013). Sechelele divorțului ar putea fi atenuate printr-un sprijin social mai susbstanțial. Trebuie menționat însă că nu numai divorțul, ci și separarea maritală crește riscul de suicid în rândul populației adulte, raportul dintre bărbații și femeile care comit actul fatal fiind de patru la unu (Wyder *et al.*, 2009).

Unul dintre cele mai complexe modele sociale pe tema relației dintre sinucidere și divorț s-a realizat în Danemarca, datele utilizate în cercetare fiind recoltate pe parcursul unui secol (1906-2006). Astfel, o creștere de 1% a divorțului a crescut sinuciderile de sex masculin cu 0,52% și pe cele de sex feminin cu 1,12% (Agerbo, Stack și Petersen, 2011). Așa cum se anticipa, o creștere cu 1% a numărului de căsătorii a redus sinuciderile cu 0,77% pentru bărbați și cu 0,63% pentru femei.

Un alt studiu, realizat în țările asiatice, a dorit să evidențieze la rândul său, relația dintre divorț și sinucidere (Yip *et al.*, 2012). Efectul de divorț a fost semnificativ mai mare pentru bărbați decât pentru femei numai în Japonia și în Coreea

de Sud. În celelalte populații, bărbații și femeile divorțate au avut risc egal de sinucidere, atribuit depresiei post-divorț. Diferențele de gen înregistrate în Japonia și Coreea de Sud, două societăți caracterizate printr-o dominanță masculină în interacțiunile formale, ar putea reflecta dependența emoțională a bărbaților de soțiile lor. În Ungaria însă, țară fruntașă în statisticile mondiale pentru suicid, divorțurile au stabilit o corelație negativă atât cu rata morților autoprovocate, cât și cu rata depresiei tratate, ceea ce poate ilustra faptul că în țara vecină există o rată mare de depresie nediagnosticată, care poate contribui la rata ridicată de suicid (Rihmer *et al.*, 2008).

Așa cum arătam, conflictele familiale și divorțul pot afecta și sănătatea psihică a descendenților. Statutul socio-economic scăzut și conflictele familiale au fost legate de un risc crescut al copiilor de a dezvolta depresie majoră la vârsta adultă (Green *et al.*, 2012). De asemenea, s-a dovedit că stilul parental matern disfuncțional, mai precis îngrijirea scăzută acordată copilului, crește riscul de depresie majoră în viața adultă de patru ori (Oakley-Browne *et al.*, 1995). Totodată, nivelurile scăzute de îngrijire părintească în copilărie pot fi un predictor independent al răspunsului slab la tratamentul cu antidepresive (Sakado *et al.*, 1999).

Nu numai divorțul și separarea pot reprezenta vulnerabilități crescute pentru depresie și suicid, ci și pierderea partenerilor de viață. În rândurile vârstnicilor europeni, suicidul continuă să fie o cauză importantă de mortalitate, relevă statisticile Eurostat (Popa, Ciobanu, 2013). Dacă în anii anteriori vârstnicii din Ungaria, Slovenia și Croația recurgeau la suicid în număr foarte mare (ratele suicidului masculin în aceste țări erau de 230,3, 231,4, respectiv de 221,8), în 2010 ei au fost devansați de către bulgari. Cele mai înalte rate de suicid în rândul vârstnicilor s-au înregistrat în țara vecină. Cu o rată

totală de suicid de 54,7 decese la 100.000 de locuitori (109,6 la bărbați și 26,2 la femei), Bulgaria a ajuns astfel în fruntea statisticilor europene ale suicidului pe 2010, devansând Ungaria (48,3 decese la 100.000 de locuitori), Lituania, Croația și Austria.

România continuă să se afle sub media europeană la acest indicator, cu o rată de 19,6 decese la 100.000 de locuitori.

Analiza pe genuri relevă că, în Europa, femeile de peste 85 de ani apelează mult mai puțin la comportamente suicidare, comparativ cu bărbații. Incidențe foarte mici ale suicidului feminin se înregistrează în Grecia, Marea Britanie, Irlanda și România. Femeile din Lituania, Bulgaria, Croația și Austria recurg la suicid într-o proporție mult mai mare (idem).

Conform Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), sinuciderea se numără printre primele 20 cauze de deces la nivel mondial pentru toate vârstele. În fiecare an, aproape un milion de oameni mor luându-și singuri viața. Rata globală a mortalității atribuită sinuciderii este de 16 persoane la 100.000 de locuitori sau un deces la fiecare 40 de secunde. În ultimii 45 de ani – arată OMS – ratele de suicid au crescut cu 60% la nivel mondial. Sinuciderea figurează printre primele trei cauze majore ale decesului în rândul persoanelor cu vârste între 15 și 44 de ani și este cea de-a doua cauză de deces la grupa de vârstă 10-24 de ani. Conform aceloraşi statistici ale OMS, circa 90% dintre sinucigași au tulburări mintale (ibidem).

Bărbații prezintă riscuri suicidare mai înalte comparativ cu femeile, atât în populația generală, cât și în cea clinică, în toate statele lumii. Femeile au însă mai multe tentative de suicid (de șase ori mai multe tentative), factorii de risc specifici pentru femei fiind: depresia postpartum, psihoza postpartum, abuz domestic sau sexual. În același timp, bărbații folosesc metode mult mai eficiente pentru a-și pune în aplicare planul suicidar,

comparativ cu femeile, ei fiind mai impulsivi şi mai puţin dispuşi să ceară sau să primească ajutor pentru problemele lor psihologice (Tudose C. *et al.*, 2013).

3.4. MOARTE PENTRU LOCUL DE MUNCĂ

Pierderea locului de muncă, veniturile insuficiente obţinute de angajaţi şi lipsa unei locuinţe adecvate sunt alţi factori socioeconomici importanţi ai depresiei.

Criza economică mondială a stimulat cercetările pe această temă. Astfel, în Italia numărul total de sinucideri de sex masculin a crescut dramatic mai ales în ultimii ani de criză economică, majorându-se de la 2.197 în 2008 la 2.399 în 2010, în corelaţie cu creşterea ratei şomajului şi cu consumul de antidepresive. Bărbaţii italieni rămaşi şomeri au recurs în număr mai mare la gestul fatal, ratele de suicid crescând comparativ cu perioada de dinaintea crizei (Pompili *et al.*, 2013). În aceeaşi ţară, în perioada 2008-2009, decesele prin sinucidere au crescut cu 10% faţă de perioada de referinţă 2006-2007, în rândul bărbaţilor cu vârste între 25 şi 69 de ani. Numărul sinuciderilor s-a redus însă în rândul bărbaţilor cu vârste peste 70 de ani, ceea ce a indicat un impact mai mic al crizei economice asupra pensionarilor. Pentru intervalul 1996-2005, perioadă de expansiune economică, italienii nu au găsit însă o corelaţie între ratele de suicid şi variabilele economice (Bussu *et al.*, 2013).

Recesiunea economică severă a determinat şi creşterea numărului tentativelor de suicid şi în Finlanda, iar această creştere a corelat cu tranziţia de la viaţa activă la şomaj (Ostamo *et al.*, 2001).

Potrivit ultimelor date ale Institutului Naţional de Statistică, preluate din datele de medicină legală, în 2009, în plin an de criză economică, în România s-au înregistrat 2.586

de sinucideri. Cei mai mulți români care și-au pus capăt zilelor fac parte din grupa de vârstă 50-54 de ani.

Dezechilibrul între efortul depus la locul de muncă și recompensa obținută de angajat s-a relevat, la rândul său, ca un predictor psihosocial al depresiei, în cazul salariaților din trei țări ale Europei Centrale și de Est, respectiv Rusia, Republica Cehă și Polonia (Pikhart, 2004).

Riscul consumului excesiv de alcool, prezent mai ales în rândul indivizilor cu poziții socio-economice inferioare și al șomerilor, lipsa unei locuințe adecvate sau stigmatizarea individului reprezintă alți factori care pot antrena o depresie soldată cu suicid (Moustgaard, 2013; Valter și Thomas, 2009).

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 4

FACTORI SOCIALI ÎN SCHIZOFRENIE

Schizofrenia, psihoza cea mai severă, este o boală cu o evoluţie cronică, la originea căreia se află atât factori genetici, biologici, cât şi factori psihosociali, după cum arătam în primul capitol al acestei cărţi. Sărăcirea progresivă a vieţii psihice, recăderile şi acutizările periodice ale bolii antrenează stigmatizarea şi marginalizarea individului diagnosticat cu schizofrenie de către ceilalţi oameni, conducând în cele din urmă la eşecul social al acestuia.

Capacitatea emoţională (adecvarea afectelor şi a sentimentelor în funcţie de context şi de interlocutori, exprimarea acestora în comportament) şi buna funcţionare cognitivă sunt esenţiale pentru adaptarea socială a indivizilor. În schizofrenie însă, anomaliile emoţionale sunt simptome centrale, care pot explica severitatea disfuncţiilor sociale ale acestor pacienţi.

Anhedonia sau incapacitatea de a resimţi plăcerea, senzaţia de gol interior, emotivitatea negativă intensă şi frecventă, afectivitatea plată sau trunchiată îngreunează adaptarea socială a persoanelor diagnosticate cu schizofrenie, acestea fiind percepute adeseori ca nişte „roboţi" bizari care trăiesc printre noi şi de care trebuie să ne ferim.

De asemenea, deficitele cognitive ale pacienţilor schizofrenici, reflectate în exterior prin opinii sărace sau inadecvate, prin deficite în prelucrarea informaţiilor sociale şi prin incapacitatea de a se adapta la discursul interlocutorului intensifică percepţia de „bizar" pe care o au oamenii normali care vin în contact cu astfel de persoane.

Pentru înțelegerea stigmatelor și a discriminării cu care se confruntă pacienții cu schizofrenie, vom oferi, în continuare, câteva explicații privind deficiențele competențelor sociale ale persoanelor în cauză.

Înainte de aceasta, trebuie să mai precizăm că schizofrenia, la declanșarea căreia contribuie factorii sociali, ca și tulburările de personalitate, are efecte care se răsfrâng asupra socialului și costuri economice importante.

Costul schizofreniei este apreciat ca fiind de șase ori mai mare decât cel al infarctului miocardic (Andrews *et al.*, 1985). Practic, prețul uriaș al schizofreniei secătuiește bugetele celor mai importante state ale lumii. Aceste cost ridicat are drept cauză morbiditatea crescută a schizofreniei (numărul de bolnavi la 100.000 de locuitori), boală considerată a fi invalidantă și cu o evoluție cronică. În cazul schizofreniei se înregistrează deficite premorbide, deficite cognitive, simptome negative debilitante, care conduc la spitalizări frecvente (Johnstone *et al.*, 1979). În 1994, de pildă, costurile legate de această boală în SUA au fost de 44,9 bilioane de dolari și sunt în creștere (Rice, 1999). În Marea Britanie, nu mai puțin de 5,4% din costurile serviciilor naționale de sănătate sunt atribuite schizofreniei. Când toate serviciile pentru acești bolnavi sunt contabilizate împreună, aproximativ 2,6 bilioane de lire sterline sunt cheltuite anual pentru îngrijirea pacienților schizofreni (Knapp 1997).

În Australia, costurile pentru schizofrenie sunt estimate la aproximativ 3 bilioane dolari, atât pentru tratament, cât și secundar pierderii productivității acestor oameni (Mowry și Nancarrow, 2001). Aproximativ 75% din persoanele cu schizofrenie severă sunt incapabili să se angajeze sau să lucreze (Tasman *et al.*, 2003).

4.1. SCHIZOFRENIE – STRES – HANDICAP SOCIAL

Legăturile complexe care se stabilesc între schizofrenie, stres şi handicapul social au fost explorate prin numeroase studii psihiatrice, psihologice şi sociologice.

Astfel, disfuncţiile sociale din schizofrenie şi din alte boli psihice invalidante este mai mare în cazul bolnavilor care au trăit în spitale sau în case internat, al şomerilor, al vârstnicilor cu o evoluţie cronică a bolii şi al persoanelor mai puţin educate, comparativ cu cei care au trăit independent, cei care au avut un loc de muncă, cei tineri (aflaţi la debutul bolii sau la primele episoade psihotice) şi cu cei cu un grad mai înalt de educaţie (Munroe-Blum *et al.*, 1996).

Un alt studiu clinic, românesc de această dată, realizat pe 81 de pacienţi diagnosticaţi cu schizofrenie paranoidă la Centrul de Sănătate Mintală din Craiova (Pirlog şi Marinescu, 2013), a demonstrat că factorii sociali, familiali şi de mediu influenţează semnificativ evoluţia acestei tulburări. În cadrul studiului citat a fost evaluat stresul social al pacienţilor, cu ajutorul unor indicatori specifici, precum şi funcţionarea personală şi socială. Agresivitatea, manifestată în cazul a 69,14% dintre subiecţi şi tentativa de sinucidere, consemnată la 7,4% dintre aceştia, au fost precipitate de stresul acut resimţit de subiecţi, evidenţiindu-se relaţia dintre stresul social şi depresie. Printre factorii sociali şi familiali asociaţi schizofreniei, autorii studiului au nominalizat: inversiunea afectivă faţă de mamă, dispariţia sentimentului de independenţă socială şi acţiunea socială inadecvată alimentată de delir.

Nivelul ridicat de stres din schizofrenie, de care depinde gradul de remisiune al bolii, este la rândul său o variabilă dependentă de relaţia dintre pacient, familie şi societate – a fost concluzia celor doi autori.

Disfuncțiile sociale sunt asociate cu simptomele negative ale schizofreniei, mai ales în faza cronică a bolii. Însă anomaliile sociale apărute în timpul fazei premorbide a schizofreniei, la persoanele care ulterior dezvoltă această tulburare, au fost mai puțin studiate.

Unele cercetări în domeniu au reușit totuși să demonstreze că funcționarea socială și academică a viitorilor pacienți schizofrenici se înrăutățește progresiv, în timp, pe parcursul copilăriei, adolescenței și la începutul vieții adulte. O deteriorare puternică și accelerată a funcționării sociale va fi înregistrată însă abia la debutul bolii (Strauss *et al.*, 2012).

Cogniția socială deficitară din schizofrenie (modul în care persoana cu această tulburare înțelege și interpretează situațiile) pare să fie legată de caracteristicile cheie ale acestei boli, cum ar fi deficitele neurocognitive și simptomele negative (Sergi *et al.*, 2007). Alți autori susțin că această cogniție, împreună cu deteriorările neurocognitive pot fi interpretate ca markeri ai schizofreniei (Metha *et al.*, 2013), care ar trebui luați în considerare la diagnosticarea tulburării psihice și la determinarea amplitudinii ei.

Credem că rolul factorilor neurocognitivi, susceptibili, la rândul lor, să determine funcționarea socială redusă a pacienților cu schizofrenie, nu trebuie în niciun caz minimalizat. De pildă, s-a demonstrat că afazia, o tulburare a vorbirii care afectează exprimarea sau înțelegerea limbajului vorbit sau scris, cauzată de anomalii funcționale ale creierului, ca și performanțele reduse la sarcinile vizual-spațiale și de organizare a teritoriului, prezente la unii dintre pacienții diagnosticați cu schizofrenie, corelează cu frecvența scăzută de activități sociale și cu funcționarea socială „totală" ale acestor bolnavi (Dickerson *et a.l*, 1996).

Această constatare are o valoare aplicativă incontestabilă, întrucât reducerea deficitelor cognitive importante ale acestor

pacienţi cu schizofrenie ar putea conduce la îmbunătăţirea rezultatelor lor sociale.

Pe de altă parte, cercetătorii au evidenţiat o corelaţie înaltă între stresorii psihosociali şi exacerbarea simptomelor negative din schizofrenie. De pildă, la întâlnirile sociale care necesită abilităţi asertive sau de afiliere (situaţii care implică un nivel ridicat de stres pentru pacienţi), starea lor negativă se accentuează, iar emoţiile pozitive se reduc, rezultând o inadaptare socială (Horan şi Blanchard, 2003), o incapacitate de a rezona afectiv cu interlocutorii. Forţa dezadaptativă a emoţiilor negative din schizofrenie depinde însă de diferenţele individuale în răspunsurile emoţionale la stresorii psihosociali (idem). Empatia emoţională şi empatia cognitivă a acestor pacienţi au fost însă dimensiuni mai puţin investigate.

S-a arătat însă că persoanele cu schizofrenie sunt puse într-o mai mare dificultate atunci când trebuie să întreprindă acţiuni sociale concrete şi să participe la dialog, decât atunci când trebuie să răspundă la întrebări teoretice, abstracte, despre situaţiile sociale. De exemplu, ele pot să recunoască situaţiile în cauză, să indice regulile sociale aplicabile şi să deducă obiectivele unor asemenea situaţii, cazuri în care pot avansa răspunsuri relativ corecte (Corrigan şi Nelson, 1988). Explorarea mai amănunţită a dimensiunilor „concret" şi „abstract" ale situaţiilor sociale poate contribui la înţelegerea cogniţiilor sociale ale pacienţilor cu schizofrenie şi a disfuncţiilor interpersonale ale acestora.

4.2. RELAŢII DETERIORATE ŞI EMOŢII NEGATIVE ÎN FAMILIE

În cazul pacienţilor cu schizofrenie se constată nu numai deteriorarea puternică a relaţiilor socio-profesionale, ci şi degradarea relaţiilor familiale.

Emotivitatea partajată în cadrul mediului familial este una preponderent negativă, iar ciudățenia acestor bolnavi atrage distanțarea rudelor față de ei, atitudine care le stimulează atât indiferentismul afectiv, cât producerea simptomelor negative.

Modul în care pacienții diagnosticați cu schizofrenie reușesc să comunice cu membrii propriilor familii a fost cercetat în cadrul unui studiu, evaluându-se afectivitatea generală a acestora, mai precis negativitatea, pozitivitatea și dezangajarea participanților la discuții (Peer *et al.*, 2004). Cadrele filmate pe parcursul studiului au arătat că simptomele negative ale pacienților (în special afectivitatea trunchiată sau plată) s-au asociat cu expresiile emoționale mai sărace ale acestora, dar și cu expresiile emoționale negative ale rudelor. Însă, spre deosebire de rude, pacienții cu schizofrenie au afișat mai puține emoții pozitive și au demonstrat o mai mare dezangajare în discuții. Simptomele negative mai ample, manifestate în grupul pacienților cu schizofrenie, au fost interpretate printr-o diminuare generală a expresiei afective a acestora.

Totuși, autorii studiului au reușit să evidențieze că nu simptomele schizofrenice sunt cele care determină, prin ele însele, conflictul dintre pacienți și membrii familiilor acestora.

Vinovată de disfuncțiile familiale ale acestor bolnavi ar fi deteriorarea relațiilor de comunicare, la care participă atât bolnavii, cât și rudele lor. Cu alte cuvinte, este vorba despre o „vinovăție partajată" între pacient și aparținătorii presupuși sănătoși ai acestuia.

În acest context, trebuie să mai punctăm și rezultatele interesante ale altor studii, potrivit cărora sensibilitatea perceptivă și suspiciunea se manifestă și în cazul rudelor pacienților cu schizofrenie, rude la care nu se constată semne psihopatologice evidente (Lencer *et al.*, 2003), ceea ce poate

arunca o lumină nouă asupra conceptului de „vinovăție partajată".

De asemenea, s-a demonstrat că istoricul familial de psihoză are un impact semnificativ asupra simptomelor negative din schizofrenie, influențând negativ sensibilitatea interpersonală și prezentarea pacientului; aceste rezultate pot fi interpretate și în lumina modelului diateză-stres (Esterberg *et al.*, 2010).

4.3. DISTANȚĂ SOCIALĂ ȘI STIGMATIZARE

Bizareriile sau „ciudățenia percepută" din schizofrenie impun față de acești pacienți o anumită distanță socială, această îndepărtare putând fi interpretată ca „stigmatizare" sau ca scădere a ratingurilor de atractivitate ale indivizilor în cauză.

La rândul lor, bizareriile pacienților cu schizofrenie sunt legate de deficitele aptitudinilor sociale generale ale acestora. Printre aptitudinile insuficient dezvoltate se numără competența de interrelaționare, fluența și claritatea exprimării, implicarea în conversație (numărul de întrebări adresate interlocutorilor), interacțiunile cu ceilalți participanți la conversație.

Penn *et al.* (2000) au demonstrat, printr-un studiu de joc de rol la care au participat 39 de persoane cu schizofrenie, că distanța socială impusă în cadrul relațiilor cu pacienții a declanșat simptomele negative ale acestora. Concluzia studiului citat a fost aceea că o serie de factori interpersonali, cum ar fi aptitudinile generale sociale sărace, simptomele negative și ciudățenia acestor pacienți, percepută de ceilalți, pot contribui la stigmatizarea pacienților psihotici. Mai departe, stigmatizarea poate antrena o depresie în rândul acestor persoane, a cărei complicație majoră este suicidul.

4.4. PROFILUL SINUCIGAŞULUI PSIHOTIC: BĂRBAT TÂNĂR ŞI INSTRUIT

Drake, Gates şi Whitaker (1985) arătau că riscul suicidar este foarte crescut în schizofrenie, în special la bărbaţii tineri, mai ales la începutul bolii. De asemenea, printre factorii de risc major pentru suicid la pacienţii cu acest diagnostic figurează şi nivelul înalt de instruire. Practic, persoanele educate din acest grup de risc pot realiza drama unui astfel de diagnostic şi văd suicidul ca pe o alternativă rezonabilă de ieşire din situaţie, consemnându-se în cazul lor şi prezenţa unor simptome depresive. În general, profilul general al pacientului diagnosticat cu schizofrenie şi care comite suicidul este: bărbat tânăr, până în 30 de ani, celibatar care locuieşte singur, fără ocupaţie, externat recent din spital, cu o evoluţie a bolii marcată de frecvente recăderi, cu o dispoziţie depresivă pe parcursul ultimului episod al tulburării, cu o toxicomanie asociată (Ciobanu, 2009).

4.5. MIGRANŢII, SĂRACII ŞI POPULAŢIILE IZOLATE - GRUPURI DE RISC PENTRU SCHIZOFRENIE

Incidenţa schizofreniei în populaţiile diverselor state reprezintă un obiect central de studiu al psihiatriei sociale. Cercetările ultimilor două decenii au demonstrat că această boală gravă şi invalidantă nu are o incidenţă strict definită şi uniformă la nivel mondial. Mai mult, există diferenţe notabile între ratele de incidenţă ale schizofreniei între state şi chiar între populaţiile care conviețuiesc pe teritoriul unuia şi aceluiaşi stat.

Majoritatea studiilor din această arie au căzut însă de acord asupra faptului că incidenţa schizofreniei este mai ridicată în grupurile de migranţi, care se confruntă cu adversităţi socio-

culturale şi economice în ţările gazdă, ca şi în rândul populaţiilor izolate.

În populaţia afro-caraibeană care trăieşte pe teritoriul Marii Britanii, factorii sociali asociaţi cu dezvoltarea schizofreniei sunt: separarea prelungită a copilului de părinţi în perioadele timpurii ale vieţii, ostilitatea parentală, adversitatea socială survenită mai târziu pe parcursul dezvoltării şi izolarea indivizilor (Oliver şi Fearon, 2008).

Nu există încă o explicaţie satisfăcătoare vizând creşterea ratei de schizofrenie în grupurile de imigranţi şi nici cu privire la creşterea riscului de a dezvolta această maladie, la persoanele care-şi părăsesc ţările de origine.

Un alt studiu de profil a dorit să verifice dacă danezii care au emigrat din Danemarca au o predispoziţie mai mare de a dezvolta schizofrenie, comparativ cu danezii care continuă să locuiască în această ţară. Riscurile de emigrare s-au dovedit a fi crescute pentru cei născuţi în oraşe, pentru cei proveniţi din familii ale căror mame au apelat la serviciile psihiatrice, pentru cei cu un istoric familial parental de tulburare afectivă bipolară (Pedersen *et al.*, 2011). În schimb, istoricul personal de boli psihice a scăzut riscul de emigrare, mai ales în cazul celor diagnosticaţi cu schizofrenie. Nu s-a putut determina dacă cei plecaţi din Danemarca au un risc mai mare de a dezvolta schizofrenie, comparativ cu cei rămaşi în această ţară. S-au furnizat doar dovezi ale faptului că emigranţii danezi care locuiesc într-o ţară străină au atât o predispoziţie mai mare de schizofrenie ca urmare a expunerii lor la factorii adversivi din oraşe (s-au născut în mediul urban), cât şi o predispoziţie mai mică de schizofrenie, deoarece nu au avut un istoric personal de boli psihice.

Rezultatele şcolare mai slabe, prezenţa schizofreniei în familia subiectului, istoricul frecvent de complicaţii obstetricale al mamei, greutatea mai mică la naştere a mamei pacientului cu

schizofrenie şi provenienţa acesteia din familii sărace sunt alţi factori care alimentează riscul de schizofrenie (Foerster *et al.*, 1991).

Sărăcia este acreditată ca predictor al schizofreniei şi în alte studii pe această temă (Jones *et al.*, 2008), alături de antecedentele familiale de boli mintale, ceea ce demonstrează că aşa numitul model genetic, tradiţional, al schizofreniei trebuie dezvoltat şi perfecţionat în continuare.

Noul model al schizofreniei ar trebui să înfăţişeze, de exemplu, şi riscul de îmbolnăvire al populaţiilor marginale, care trăiesc la periferia societăţilor, în condiţii economice precare.

Deşi majoritatea cercetărilor acreditează ideea că schizofrenia este „o boală a săracilor", există şi unele rezultate contradictorii rezultate din studii, privind incidenţa crescută a schizofreniei în rândul claselor sociale înalte. Un astfel de studiu a fost întreprins pe 11.017 persoane din nordul Finlandei (Mäkikyrö *et al.*, 1997), urmărite de la vârsta de 16 până la cea de 27 de ani. S-a dovedit că incidenţa cumulativă a schizofreniei cu debut precoce (până la 23) ani a fost mai mare (1,14%) în rândul tinerilor din cea mai înaltă clasă socială (determinată în conformitate cu ocupaţia tatălui), decât în rândul copiilor din clasele sociale inferioare (0.47%), diferenţa fiind semnificativă statistic ($p < 0.05$). Incidenţa de schizofrenie în cea mai înaltă clasă socială a fost mai mare în rândul fetelor, primii născuţi, copii ai unor mame cu vârste de sub 30 de ani, din mediul urban. În ceea ce-i priveşte pe taţii acestor copii cu risc crescut, mulţi aveau probleme cu alcoolul. Concluzia studiului citat a fost aceea că, în unele familii din nordul Finlandei, avansarea profesională a tatălui şi problemele acestuia legate de dependenţa de alcool pot fi determinanţi ai unui risc crescut de schizofrenie la copil.

Schizofrenia a fost intens cercetată și în cadrul așa-numitelor izolate sociale. S-a arătat că omogenitatea manifestărilor psihotice este o trăsătură a grupurilor izolate (Bulayeva *et al.*, 2007; Torniainen *et al.*, 2012; Turunen *et al.*, 2007).

Omogenitatea genetică în izolat poate determina, în lumina celor mai noi cercetări de gen, simptome psihotice de amplitudine comparabilă la membrii grupului, printre care se remarcă aplatizarea afectivă pregnantă. Comparând, de pildă, populațiile finlandeze izolate cu simptome psihotice cu populațiile „normale" de psihotici, s-a constatat că la primele halucinațiile sunt puține, iar deficiențele cognitive (puse și pe seama educației deficitare) – mai severe.

Totodată, în genomul populațiilor izolate au fost descifrate multe boli complexe, în aria psihiatrică fiind cele mai studiate „pedigree-ul" schizofrenic și tulburarea bipolară. Simptomele psihotice au fost analizate în relație cu polimorfismul funcțional 5-HTT, promotor al transportului serotoninei; cu cosangvinitatea; cu prezența așa-numitului „efect fondator" al schizofreniei în familiile din anumite comunități (studii longitudinale); cu fenotipul (de pildă, debutul psihotic la copiii primelor generații de emigranți) sau cu polimorfismul Ser9Gly a genei receptorului dopaminei D3.

BCU IASI CENTRU DE CARTE RARĂ

Capitolul 5

REABILITAREA SOCIALĂ A PACIENȚILOR PSIHIATRICI

Deplasarea accentului îngrijirii pacienților psihiatrici către comunitate pleacă de la premisa că promovarea sănătății mintale este o datorie a oricărei societăți. Sănătatea mintală nu reprezintă doar o stare subiectivă de bine, la care are dreptul fiecare persoană ori un concept care trebuie valorizat de către societate, ci și un indicator important al calității vieții, o resursă prețioasă pentru dezvoltarea durabilă a comunităților.

Din acest punct de pornire, fiecare membru al unei comunități trebuie să devină responsabil pentru climatul social general și, în același timp, să conștientizeze faptul că atitudinile sale pot influența dimensiunea publică a sănătății mintale. Nu trebuie omis din analiză nici faptul că păstrarea nealterată a sănătății individuale depinde într-o bună măsură de sănătatea colectivă. O societate bolnavă, cu „valori" discutabile cum ar fi imoralitatea, înavuțirea prin orice mijloace, „călcatul pe cadavre" riscă să-i îmbolnăvească pe mulți dintre membrii săi.

Atitudinile de stigmatizare a pacienților psihiatrici și cultivarea la nivelul opiniei publice a unei imagini negative despre tulburările psihice sau despre spitalele de psihiatrie sunt menite, pe de altă parte, să atragă excluderea din colectivitate a celor suferinzi și să contribuie, astfel, la eșecul social al acestora. Membrii comunităților trebuie să înțeleagă că oricare om poate suferi, la un moment dat, de o tulburare mintală, moment în care viața sa ar intra pe un trend descendent, constând în incapacitatea de a face față problemelor,

acumularea de datorii, destrămarea familiei ori pierderea avutului. De aceea, omul respectiv trebuie înţeles şi ajutat.

Prin astfel de atitudini discriminatorii şi total contraproductive, în societăţile şi aşa suprasaturate în factori de stres (declin economic, şomaj, scăderea standardelor de viaţă), în care se constată o deteriorare generală a condiţiilor de sănătate mintală a populaţiei, intervine un stresor nou, reprezentat de marginalizarea şi etichetarea negativă a celor mai sensibili dintre noi. Acţiunile specialiştilor în sănătate mintală, care au ca sarcină reducerea riscurilor şi a factorilor de vulnerabilitate pentru îmbolnăviri, devin astfel tot mai dificile. Pe lângă lupta cu bolile, medicii psihiatri şi psihologii au de dus acum o luptă nouă, cea împotriva excluderii sociale şi a discriminării oamenilor care se îmbolnăvesc.

Îmbucurător este că în această luptă, vizând implementarea programelor de „destigmatizare" a pacienţilor psihiatrici, s-au implicat şi alţi reprezentanţi ai comunităţilor – profesori, sociologi, asistenţi sociali, preoţi sau jurnalişti. Credem că numai printr-un asemenea demers comun, întărit de politici puternice şi coerente de reformă sanitară, pot fi asigurate fundamentele sociale ale sănătăţii publice, în general şi ale sănătăţii mintale, în particular.

În acelaşi timp, nu trebuie neglijate nici acţiunile de prevenire a îmbolnăvirilor, profilaxia primară, secundară şi terţiară. Profilaxia primară cuprinde, în general, trei categorii de intervenţii: prevenţia generală (având ca grup ţintă întreaga populaţie), prevenţia selectivă (focalizată asupra grupurilor expuse la riscuri specifice) şi prevenţia centralizată (destinată grupurilor cu cele mai înalte riscuri).

• Prevenţia generală cuprinde o serie de măsuri dintre care menţionăm: programele de igienă mintală (privind uzul şi abuzul de substanţe psihoactive, profilaxia insomniei); programele de management al stresului, al conflictelor şi al

crizelor/dezastrelor şi, nu în ultimul rând, programele adresate părinţilor, în vederea prevenirii abuzului de alcool şi droguri în rândul copiilor.

• Prevenţia selectivă vizează: programele pentru copiii instituţionalizaţi; programele pentru copii şi adolescenţi cu antecedente legate de consumul de alcool sau care prezintă probleme neurologice; programele de integrare şi protecţie pentru copiii cu boli grave, inclusiv pentru cei afectaţi de HIV/SIDA.

• Prevenţia centrată pe grupurile cu cele mai înalte riscuri se axează pe: programele pentru copii cu antecedente heredo-colaterale de schizofrenie sau de boli afective; dezvoltarea reţelor de suport social pentru persoanele vârstnice; programele pentru părinţii divorţaţi şi pentru familiile dezorganizate, cu accent pe protecţia copiilor şi pe evitarea abuzurilor împotriva acestora.

La rândul ei, profilaxia secundară şi terţiară urmăreşte: crearea unor centre comunitare pentru sănătate mintală, dezvoltarea centrelor de criză şi a secţiilor psihiatrice din spitalele locale, modernizarea clinicilor de psihiatrie şi perfecţionarea continuă a specialiştilor în sănătate mintală.

Dacă în capitolele anterioare ale cărţii ne-am aplecat asupra noţiunilor de etiopatogenie psihiatrică (examinând factorii de risc ai îmbolnăvirilor, cu accent pe cei psihosociali), prezentând detaliat atât procesele sociale care interferează cu echilibrul mintal al indivizilor cu diverse tulburări, cât şi influenţa pe care oamenii cu astfel de probleme o pot exercita asupra celor din jur, în acest capitol ne vom opri asupra reabilitării sociale a pacienţilor psihiatrici.

Vom examina factorii care ne protejează de îmbolnăviri, reţeaua socială de suport a pacienţilor psihiatrici şi rolul social al medicului din sistemul sănătăţii mintale.

5.1. FACTORII PROTECTIVI

Am grupat factorii protectivi în patru categorii principale, sistematizând astfel rezultatele cercetărilor în acest domeniu, mai precis: suportul psihologic afectiv, suportul instrumental, reţeaua de suport primară (rude, prieteni, vecini şi alte persoane apropiate) şi reţeaua de gradul doi sau trei (persoanele cu care se stabilesc legături, pornind de la reţeaua primară).

Suportul psihologic afectiv presupune:

• prezenţa unui confident al persoanei vulnerabile (fiecare om trebuie să aibă pe cineva cu care să se sfătuiască, căruia să-i poată comunica aspecte intime, în prezenţa căruia să se poată exprima şi descoperi sufleteşte, fără a dezvolta atitudini de autocenzură şi autocontrol, obişnuite în situaţiile publice);

• încrederea persoanei vulnerabile într-o altă persoană şi în faptul că aceasta o poate sprijini, iubi, stima, încuraja, aprecia (interacţiunea dintre bolnav şi persoanele semnificative din mediul său social facilitează readaptarea, recuperarea capacităţilor sale adaptative).

Suportul instrumental vizează:

• sprijinirea persoanei vulnerabile în anumite probleme concrete, practice, în mijlocul vieţii sociale (satisfacerea unor nevoi psihosociale, cum ar fi cea de apartenenţă, reîncadrarea în muncă a şomerilor, după ce starea de inactivitate le-a perturbat viaţa normală);

• accesul persoanei vulnerabile la anumite foruri, care o pot ajuta în rezolvarea problemelor (în acelaşi timp, accentul trebuie să se pună şi pe dezvoltarea abilităţilor sociale ale persoanei; adeseori, deficienţele abilităţilor sociale se asociază cu depresia, motiv pentru care tratamentul împotriva depresiei trebuie să ţintească şi formarea acestor abilităţi – Segrin, 2000);

• oferirea de suport locativ (incidența îmbolnăvirilor psihice este foarte ridicată în rândul persoanelor fără adăpost sau al celor cu un statut locativ precar);

• oferirea de suport financiar (de exemplu, reinserția socio-profesională și dobândirea unui salariu de către șomeri, acordarea ajutorului de șomaj, a venitului minim garantat, a pensiei de boală etc.).

Dacă suportul afectiv este esențial în cazul persoanelor cu tulburări ale dispoziției, pentru copii, adolescenți și vârstnici, suportul instrumental este vital pentru persoanele cu schizofrenie, pentru schizoizi și pentru indivizii cu retard mintal.

Rețeaua de suport primară este alcătuită din rudele cosanguine și rudele prin alianță, din prieteni, vecini, colegi de cameră și alte persoane apropiate. Ea presupune relații directe și relativ constante între individ și persoanele din apropierea sa. Pentru un om obișnuit, rețeaua numără 25-40 de persoane, din care doar șase-zece persoane se cunosc intim și constant, având legături de lungă durată. Rețeaua de suport primară trebuie să ajute și să înțeleagă bolnavul, astfel încât acesta să se simtă protejat.

Rețeaua de gradul doi și trei presupune legături indirecte cu alți oameni, prin intermediul rețelei primare.

Pentru orice persoană cu probleme de sănătate mintală, creșterea rețelelor sociale de suport (RSS) poate ameliora prognosticul bolii. O rețea slabă poate vulnerabiliza și mai mult persoana în cauză, pe când o rețea puternică o poate ajuta să depășească situațiile dificile. RSS pot avea un rol important și în procesul terapeutic. Prin intermediul RSS se pot derula diverse acțiuni medico-sociale – cercuri, cluburi, terapie familială, terapie ocupațională (Voinea, 2007/2008).

Vom prezenta, în continuare, în detaliu, rezultatele câtorva cercetări semnificative vizând rolurile rețelelor sociale de

suport, a căror dezvoltare este promovată prin intermediul tuturor politicilor europene de sănătate mintală.

5.2. REȚEAUA SOCIALĂ DE SUPORT ȘI ROLUL SOCIAL AL MEDICULUI

Rețelele sociale de suport sunt vitale, așa cum arătam, în cazurile pacienților cu schizofrenie și ale celor depresivi, pentru care spitalizarea ar trebui să se recomande numai în situațiile absolut necesare. Pentru persoanele cu schizofrenie, de exemplu, spitalizările prelungite trebuie evitate, din cauza efectului dezastruos pe care îl au asupra capacității lor de relaționare socială și de comunicare, asupra testării realității și a funcțiilor cognitive (Ciobanu, 2009).

Consecvente tendinței actuale care promovează deplasarea îngrijirilor acordate pacientului psihiatric dinspre personalul medical, către comunitate, echipele multidisciplinare de sănătate mintală acționează pentru întărirea rolului rețelelor de suport social. S-a dovedit că rețelele în cauză pot contribui nu numai la ameliorarea indicilor de funcționare socială, ci chiar la reducerea cazurilor de suicid în rândurile suferinzilor de boli psihice.

În contextul actual, studiile privind rețelele sociale de suport pentru persoanele cu schizofrenie câștigă din ce în ce mai mult teren. Astfel, s-a demonstrat că pacienții schizofrenici cu aptitudini sociale mai bune au avut vârste mai mici și rețele sociale mai mari, beneficiind de un suport mai consistent din partea acestor rețele mai extinse (MacDonald *et al.*, 1998). Cum aptitudinile sociale superioare și simptomele negative sunt mai puțin afectate în fazele de debut ale schizofreniei, concluzia cercetătorilor este aceea că se poate acționa preventiv în direcția asigurării suportului social al bolnavului încă de la primul episod psihotic. Astfel de acțiuni suportive dau rezultate

promițătoare mai ales în cazul tinerilor diagnosticați cu schizofrenie.

Specialiștii au căzut de acord și asupra faptului că progresele psihofarmacologice nu pot determina adaptarea socială mai bună a pacienților cu schizofrenie, care rămâne precară, în ciuda remisiunii tulburării. Din această perspectivă, reducerea handicapului social al pacienților devine un obiectiv care poate fi atins prin dezvoltarea unor tehnici terapeutice specifice, de reabilitare psihosocială, bazate pe înțelegerea mecanismelor de adaptare socială (Pontonnier *et al.*, 2007).

Creșterea ajutorului social destinat persoanelor vulnerabile este un alt obiectiv major în reabilitare. Un studiu desfășurat în Italia a relevat că rețelele sociale ale pacienților cu schizofrenie sunt mult mai mici comparativ cu cele ale indivizilor sănătoși și chiar cu cele ale persoanelor cu boli somatice (Magliano *et al.*, 2006). Mai mult, ajutorul acordat persoanelor cu tulburări mintale a fost mult mai mic decât cel acordat persoanelor sănătoase și persoanelor cu boli somatice. Studiul a fost realizat pe 646 de rude ale pacienților cu boli fizice, pe 709 de rude ale pacienților cu schizofrenie și pe 714 repondenți sănătoși, selectați aleatoriu din populația generală. Deși contactele sociale au fost la fel de reduse la rudele pacienților cu boli somatice și la cele ale pacienților cu schizofrenie, ajutorul social de care au beneficiat pacienții psihiatrici a fost mult mai mic decât cel consemnat pentru celelalte două grupuri. Acest studiu a mai arătat că resursele sociale oferite de rețelele de suport au fost mai mari atât în cazul persoanelor tinere, cât și în mediul rural, unde coeziunea interumană este mai mare.

La rândul lor, studiile destinate rețelelor sociale de suport ale pacienților depresivi preocupă comunitatea științifică, stabilindu-se corelații interesante între aceste rețele, etiologia psihosocială a depresiei și remiterea simptomatologiei depresive. Sprijinul social este înfățișat ca o resursă valoroasă,

care poate proteja de depresie toate categoriile de vârstă. În același timp se subliniază că reglarea interpersonală a emoțiilor, în cadrul rețelelor sociale de suport, poate deveni, la rândul ei, o barieră eficientă de protecție împotriva depresiei (Marroquín, 2011).

Specialiștii își propun să afle: de ce unii dintre pacienții depresivi se reintegrează mai ușor în rețelele sociale și familiale de origine decât alții; care sunt stresorii psihosociali specifici care acționează la vârstele timpurii, determinând creșterea vulnerabilității copiilor și adolescenților la depresie; cum poate fi îmbunătățit prognosticul depresiei, ca urmare a reducerii stresorilor psihosociali; care sunt factorii exogeni care determină recurența depresiei; care sunt configurațiile factoriale de risc pentru depresie, la diferite vârste (Popa, Ciobanu, 2013).

Există numeroase cercetări care evidențiază faptul că readaptarea pacientului depresiv, anterior spitalizat, la mediul social și la cel familial, precum și reducerea numărului evenimentelor de viață nefavorabile pe care el trebuie să le depășească se asociază cu un prognostic mai bun de remitere a simptomatologiei depresive (Keitner, 1997). Cu alte cuvinte, cursul pe termen lung al bolii depinde atât de forța rețelelor sociale ale pacientului și de readaptarea sa comunitară, cât și de reducerea stresorilor psihosociali susceptibili să întrețină psihopatologia depresivă.

Pe de altă parte, depresia este tulburarea psihiatrică cea mai răspândită în populația vârstnică, fapt îngrijorător pe termen lung din cauza îmbătrânirii accelerate a populației. Cercetările privind etiologia depresiei cu debut tardiv vizează îndeosebi factorii de risc stres-vulnerabilitate și schimbările degenerative, biologice. Există însă tot mai multe studii care insistă asupra rolului variabilelor psihologice și sociale în această formă de depresie. Sunt investigate: contribuția

variabilelor psihosociale la apariția/întreținerea depresiei și soluțiile de modificare a acestor variabile (pentru a preveni apariția, respectiv recidiva).

Cunoscând riscurile psihosociale specifice în depresie, specialiștii dezvoltă strategii adecvate de prevenție și intervenție (Popa, Ciobanu, 2013). Numai descoperirea constelației de factori (biologici, psihologici, psihosociali, sociologici) care favorizează depresia la vârsta a treia va conduce la instituirea unor tratamente eficiente, de natură a reduce spirala deteriorării persoanelor în etate și a îmbunătăți viața familiilor acestora (Alexopoulos *et al.*, 2002).

Printre variabilele psihologice care pot frâna depresia vârstnicilor se numără emotivitatea pozitivă. Aceasta este, la rândul ei, receptivă la influențele interpersonale. Cu alte cuvinte, suportul social, care implică relații apropiate cu alți oameni și antrenează emotivitatea pozitivă (reglarea emoțională eficientă), poate combate apariția depresiei (Marroquín, 2011). Emoțiile negative și izolarea socială cresc, dimpotrivă, riscul de apariție a depresiei (Riise *et al.*, 2001). Trăirile afective negative deprimă și sistemul imunitar al vârstnicilor cu comorbidități medicale. În oncologie, tratamentul farmacologic și psihoterapeutic al depresiei clinice și gestionarea stresului au un efect benefic asupra sistemului imunitar (Olff, 1999).

Reducerea incidenței depresiei geriatrice necesită, pe de altă parte, și alți factori protectivi capabili să neutralizeze sau să minimalizeze acțiunea stresorilor sociali și a factorilor de risc biologici/genetici. Vârstnicii au nevoie, pe lângă rețele puternice de suport, și de: asigurarea unei vieți mai satisfăcătoare (din punct de vedere social și al nivelului de trai); dezvoltarea abilităților de rezolvare a problemelor sociale; antrenament/exerciții pentru păstrarea abilităților cognitive etc. (Popa, Ciobanu, 2013).

Pentru asigurarea tratamentului depresivilor sunt necesare nu numai criterii clare de diagnoză şi algoritmi de îngrijire (de pildă utilizarea instrumentelor neuroimagistice pentru depistarea anomaliilor cerebrale – Gunning, Smith, 2011), ci şi o mai bună colaborare între specialiştii de sănătate mintală şi medicii de familie (Unützer, 2002). Colaborări permanente trebuie iniţiate şi cu asistenţii sociali care se ocupă de integrarea comunitară a vârstnicilor, dată fiind multitudinea variabilelor psihosociale care contribuie la apariţia şi întreţinerea depresiei geriatrice.

Rolul social al medicului derivă nu numai din stabilirea diagnosticului şi a tratamentului, din urmărirea evoluţiei maladiilor (în scopul vindecării sau ameliorării acestora) sau din salvarea vieţilor, ci şi din implementarea, la nivelul comunităţilor, a unor terapii de reabilitare a pacienţilor psihiatrici.

Reabilitarea are ca obiective centrale reluarea de către pacient a relaţiilor interpersonale şi a activităţii sociale şi profesionale, creşterea încrederii în sine şi în propriile-i capacităţi.

Angajarea pacientului în activităţi creatoare creşte, pe de o parte, auto-orientarea acestuia, îi încurajează gândirea realistă, raţionamentele adecvate şi flexibile, sentimentul de auto-acceptare, asumarea de responsabilităţi, îndeplinirea diverselor roluri sociale iar pe de altă parte îi descurajează manifestarea stereotipiilor comportamentale, sentimentele de deznădejde sau de frustrare, îi combate incapacitatea.

În cazul pacienţilor psihotici cronici, de pildă, terapiile de reabilitare pun accent pe creşterea calităţii vieţii şi pe programele de instruire pentru dezvoltarea competenţelor sociale şi a deprinderilor necesare asigurării îngrijirii şi independenţei personale. Aceste programe urmăresc creşterea stimei de sine şi a sentimentului de autoeficacitate personală şi

în cele din urmă – integrarea individului respectiv în societate (Chambon *et al.*, 1996).

Reabilitarea psiho-socială vizează, în fapt, derularea unor terapii de integrare. Acestea sunt definite drept căi terapeutice care încurajează persoanele cu probleme de sănătate mintală „să dezvolte capacități psihice prin învățare, susținute fiind de alte persoane" (Bachrach, 2000).

Printre demersurile de reabilitare a persoanelor cu probleme de sănătate mintală se numără: ergoterapia, terapia ocupațională, socioterapia prin intermediul comunității terapeutice, meloterapia (Prelipceanu, 2003). În general, aceste demersuri sunt definite generic prin sintagma „resocializare".

Romila (2004) consideră că „resocializarea înseamnă sublinierea dimensiunii socio-economice a bolnavului mintal; ea vizează un criteriu de personalitate, de nivel al personalității, care trebuie abordat nu după pozițiile psihiatriei kraepeliene, ci după pozițiile sociologiei și economiei politice. Reprezintă o sinteză și nu o culegere eclectică de procedee. Termenul de resocializare este specific unei concepții psihiatrice care pune în prim plan un minimum economic pentru bolnavul mintal plasat în societate".

Autorul citat punctează, de asemenea, că se poate vorbi de o resocializare limitată, instituțională, atunci când obiectivul principal este aplicarea legii ergoterapiei și se poate vorbi de o resocializare largă, atunci când obiectivul principal este reîncadrarea persoanei în muncă.

Toate terapiile de resocializare pleacă de la premisa conform căreia existența normală și cea patologică nu pot fi concepute în afara mediului care le înglobează și le determină. Prin intermediul terapiilor de acest tip se urmărește combaterea efectelor directe sau restante ale bolii psihice, prin utilizarea mediului social și a relațiilor existente în grupurile mici, care pot restructura personalitatea pacientului psihiatric și optimiza

comunicarea lui. Scopul terapiilor de resocializare este, în fapt, extinderea sferei relației medic-bolnav, astfel încât în relația terapeutică să fie inclusă și rețeaua mai largă de relații sociale în care este angrenat bolnavul.

Reabilitarea trebuie să pornească însă de la aprecierea circumstanțelor unice de viață pentru fiecare persoană în parte, astfel încât să fie identificate nevoile individuale speciale și să fie reduse dizabilitățile pacientului psihiatric. Bolnavul trebuie ajutat de medic și de ceilalți specialiști comunitari în sănătate mintală să-și găsească activități structurate, coerente și cu finalitate pozitivă.

O terapie ocupațională reprezintă un plan terapeutic individualizat, elaborat pentru un anumit bolnav, de către o echipă terapeutică formată din psihiatru, psiholog, asistentă medicală, lucrător social și terapeut ocupațional specializat.

Metodele acestei terapii sunt, de asemenea, bine precizate (psiho-educația, jocurile de rol, art-terapia, meloterapia, activitățile gospodărești, petrecerea timpului liber, meșteșugurile etc.) și potrivite diverșilor pacienți.

Este vorba despre un ansamblu de exerciții terapeutice, adaptate aptitudinilor și preferințelor pacienților, care urmăresc ameliorarea capacităților de funcționare și readaptare la o existență cât mai apropiată de nivelul de funcționare anterior îmbolnăvirii (Prelipceanu, 2003). Ca urmare a practicării acestor exerciții, pacienții pot înregistra progrese și chiar performanțe în domeniile motor, perceptual-cognitiv, senzorial-integrativ, psihologic și social-interpersonal.

BCU IAȘI

Capitolul 6

UN STUDIU PRIVIND FACTORII PSIHOSOCIALI IMPLICAȚI ÎN ETIOLOGIA TULBURĂRILOR PSIHICE

Am realizat determinarea stresorilor psihosociali care intervin în tulburările psihice printr-un studiu clinic longitudinal, retrospectiv, pe care îl prezentăm în continuare in extenso (Ciobanu, 2011).

Subiecții acestui studiu au fost 100 de pacienți psihiatrici (52 bărbați și 48 femei), internați în cadrul Spitalului Clinic de Psihiatrie „Profesor dr. Al. Obregia" din București, în perioada 2006-2011.

Toți participanții la studiu sau reprezentanții lor legali au citit și au fost de acord cu consimțământul informat prezent în foile de observație, respectându-se, totodată, condițiile Declarației de la Helsinki, un set de principii etice destinate îndrumării medicilor și a altor specialiști implicați în cercetarea medicală pe subiecți umani. Conform Declarației de la Helsinki, „datoria medicului este de a promova și proteja sănătatea oamenilor" iar „în cercetarea pe subiecți umani ocrotirea stării de bine a oamenilor trebuie să fie mai presus de interesele științei și ale societății".

Stresorii psihosociali au fost examinați și interpretați din punct de vedere al frecvenței acestora, al corelației cu apariția anumitor boli psihice și cu diferite comorbidități (dependența de alcool, de cafea, de tutun sau de substanțe interzise/droguri).

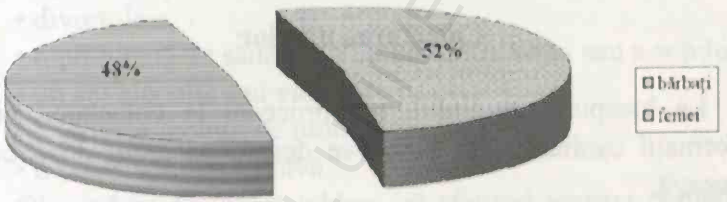
În analiza rezultatelor au fost reliefate, de asemenea, relațiile care se stabilesc între stresorii psihosociali, pe de o parte și vechimea tulburărilor psihice, tipul de diagnostic,

vârstă şi gen, nivelul de pregătire şcolară şi statutul ocupaţional al pacienţilor, pe de altă parte (idem).

Din cei 100 pacienţi cuprinşi în studiu, 32 au fost diagnosticaţi cu tulburare afectivă (unipolară sau bipolară), 16 cu diferite tipuri de nevroze, 16 cu tulburări psihice organice (inclusiv demenţe), 15 cu diferite toxicodependenţe (inclusiv alcoolism), 11 – cu tulburări de personalitate şi zece – cu diferite tipuri de schizofrenie.

Structura lotului

Distribuţia procentuală pe sexe a lotului

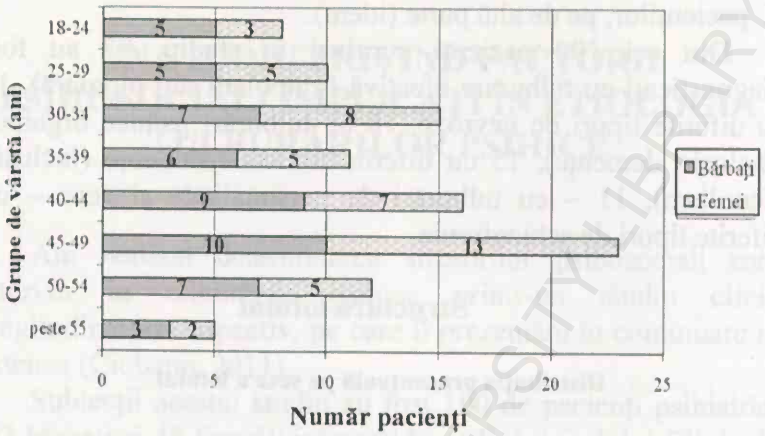


Pacienţii din lotul studiat au avut vârste cuprinse între 18 si 67 de ani. Distribuţia pe grupe de vârstă a lotului a fost următoarea:

- 18 pacienţi din grupa de vârstă 18-29 ani;
- 26 pacienţi din grupa de vârstă 30-39 ani;
- 39 pacienţi din grupa de vârstă 40-49 ani şi
- 17 pacienţi – cu vârste peste 50 de ani.

În lot au fost incluşi pacienţii care au întrunit criteriile diagnostice pentru diferite tulburări psihice conform ICD – 10 (Clasificarea tulburărilor mintale şi de comportament).

Pacienţii noncomplianţi la tratament au fost excluşi din studiu, pentru a nu fi compromise rezultatele.



Colectarea datelor

La începutul studiului, am procedat la colectarea unor informaţii cantitative şi calitative despre pacienţi, după cum urmează:

• date generale – sex, vârstă, mediul de proveniență, factori de adaptare socială premorbidă (statut marital, pregătire intelectuală, situaţie profesională, consum de substanţe psiho-active, antecedente heredo-colaterale psihiatrice);

• date generale despre boala de care suferă subiectul – durata evoluţiei bolii, tipul de tulburare psihică (conform Clasificării tulburărilor mintale şi de comportament ICD – 10);

• date despre factorii sociali stresori – în ce perioadă a vieţii pacientului au acţionat aceşti factori (la naştere, în copilărie, în perioada adultă, în perioada de preinvoluţie sau în perioada involutivă), frecvenţa stresorilor astfel nominalizaţi în funcţie de vârsta şi de sexul pacienţilor;

• date generale despre tratamentul aplicat – includerea pacienților în terapii de resocializare și tipul acestor terapii; incidența tentativei de suicid la pacienții care au beneficiat de o rețea de suport social, comparativ cu cei care nu au beneficiat de suport.

Rezultate

Stresorii psihosociali la femei

Analiza pe genuri a relevat, în cazul sublotului feminin investigat, următorii stresori psihosociali, menționați în ordinea descrescătoare a frecvenței lor:

• lipsa unui partener de viață;
• divorțul;
• o problemă de sănătate a unuia dintre copii sau a soțului;
• un soț alcoolic sau violent;
• pierderea locului de muncă;
• o boală somatică gravă.

Observăm, din acest tablou, că statutul marital nemulțumitor și problemele familiale reprezintă cei mai puternici stresori pentru femei, depășind ca amplitudine problemele profesionale și depistarea unei boli somatice grave.

Stresorii psihosociali la bărbați

În cazul sublotului masculin, ierarhia descrescătoare a frecvenței stresorilor a fost diferită față de cea conturată în cazul sublotului feminin:

• pierderea locului de muncă;
• șomajul;
• mediul de muncă stresant, suprasolicitant, în ture de noapte;

• divorțul;
• o boală somatică gravă.

Cu alte cuvinte, bărbații internați la Psihiatrie au identificat, printre factorii care le-au afectat negativ viața, trei stresori diferiți de natură socio-profesională, care au devansat ca frecvență alți stresori puternici precum divorțul sau diagnosticarea cu o boală gravă.

Stresorii psihosociali la grupa de vârstă 18-29 de ani

Factorii psihosociali care au acționat, singuri sau cumulativ, în cazul pacienților psihiatrici din grupa de vârstă 18-29 de ani, au fost:

• traumele psihice majore suferite în copilărie sau adolescență (27,77% din pacienți);
• divorțul sau separarea de persoana iubită (33,33% din pacienți);
• pierderea unor examene (5,55% din pacienți);
• decesul unei persoane apropiate (5,55% din pacienți);
• lipsa unui loc de muncă (11,11% din pacienți);
• relațiile tensionate în familie (33,33% din pacienți);
• lipsa unei locuințe (11,11% din pacienți).

Din punct de vedere al diagnosticului psihiatric, la această grupă de vârstă au predominat: debutul unor boli psihice grave precum schizofrenia, episoadele psihotice acute – tranzitorii, episoadele depresive severe cu tentative de suicid, atacurile de panică și tulburările severe de comportament.

Traumele psihice majore suferite în copilărie sau în adolescență de acești pacienți au fost: agresiunile fizice, psihice sau sexuale; decesul unuia sau al ambilor părinți; divorțul părinților; un părinte alcoolic; un părinte diagnosticat cu o boală somatică gravă.

Stresori psihosociali la grupa de vârstă 30-39 de ani

Stresori psihosociali identificaţi la grupa de vârstă 30-39 de ani, care au acţionat singuri sau cumulativ, au fost:

• munca în exces, cu absenţa unor perioade de odihnă (38,46% din pacienţi);

• divorţul (26,92% din pacienţi);

• lipsa locului de muncă sau locul de muncă instabil (31,03% din pacienţi);

• un soţ alcoolic sau violent (20,68% din pacienţi).

Stresorii psihosociali la grupa de vârstă 40-49 de ani

În cazul grupei de vârstă 40-49 de ani, cei mai mulţi stresori psihosociali, care au acţionat singuri sau cumulativ, au fost cei din domeniul ocupaţional:

• lipsa unui loc de muncă (46,15% din pacienţi);

• divorţul (28,20% din pacienţi);

• şomajul (25,64% din pacienţi);

• riscul de pierdere a locului de muncă (12,82% din pacienţi);

• diagnosticarea unei boli somatice grave (12,82% din pacienţi);

• decesul unei persoane apropiate (10,25% din pacienţi);

• lucrul în condiţii de muncă grele (pe timp de noapte, cu inversarea ritmului circadian somn-veghe).

Stresorii psihosociali la grupa de vârstă peste 50 de ani

În cazul pacienţilor cu vârste de peste 50 de ani, principalii stresori psihosociali au fost:

• pierderea partenerului de viaţă (29,41% din pacienţi);

• decesul unui copil (11,76% din pacienţi);

• tulburări somatice grave (64,70% din pacienţi);

• şomajul sau pierderea locului de muncă (82,35% din pacienţi);

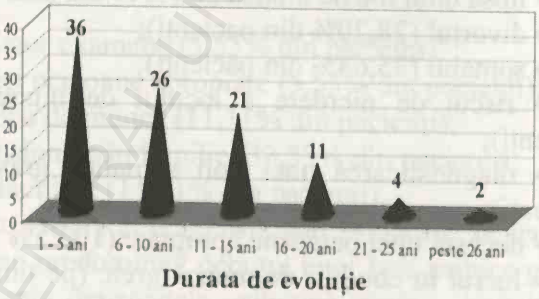
• neînţelegeri cu copiii sau cu partenerul de viaţă (35,29% din pacienţi);

• unul sau ambii părinţi în grijă şi diagnosticaţi cu maladii severe – AVC cu tulburări motorii, demenţe de diferite tipuri (17,64% din pacienţi).

Stresorii psihosociali în funcţie de durata de evoluţie a bolii

Cu cât boala pacienţilor din lotul investigat a fost mai veche, cu atât numărul factorilor psihosociali stresori s-a dovedit a fi mai mare. Cu alte cuvinte, studiul a relevat o relaţie direct proporţională între vechimea bolii şi numărul factorilor stresori care acţionează asupra aceluiaşi individ.

Distribuţia numerică în funcţie de durata de evoluţie a bolii



Numărul stresorilor a contribuit astfel la creşterea vulnerabilităţii pacientului, fapt evidenţiat prin numeroase episoade de recădere pe parcursul ultimului an de evoluţie a bolii şi prin rezistenţa la terapie.

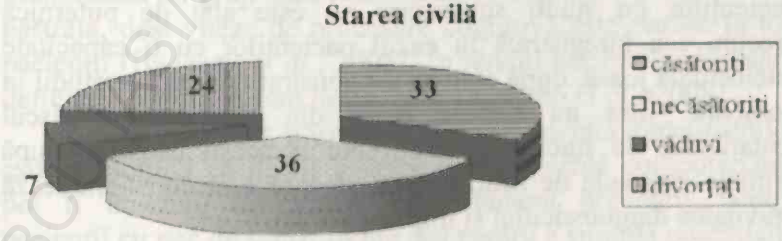
De asemenea, cu cât boala a fost mai veche, cu atât şansele de reintegrare socială ale pacientului s-au dovedit a fi mai reduse, acesta prezentând atât o vulnerabilitate mai mare la factorii stresori, cât şi o serie de simptome reziduale ale bolii.

Situația maritală a subiecților: evoluții clinice favorabile pentru persoanele căsătorite

Un procent mare dintre pacienții cu afecțiuni psihice (36%) nu sunt căsătoriți sau nu au fost căsătoriți niciodată, 7% sunt văduvi, 24% sunt divorțați, toți acești pacienți fiind lipsiți de suportul afectiv al unui partener. Pierderea partenerului este unul dintre stresorii majori de viață, așa cum arătam în partea de început a acestei cărți.

Dintre pacienții căsătoriți, doar 21% au avut reinternări în următorii 5 ani de evoluție a bolii, suportul afectiv al familiei permițând, în cazul acestora, remisiuni mai bune, comparativ cu categoria subiecților necăsătoriți, văduvi sau divorțați. În cazul a 47% dintre pacienții cu statut marital afectat au existat reinternări, în următorii 5 ani de evoluție a bolii.

Pierderile/decesele persoanelor apropiate au corelat pozitiv cu depresia, constatare acreditată și în alte studii de psihiatrie (Flament *et al.*, 2001). Conform altor studii, evenimentele de viață stresante s-au asociat pozitiv cu depresia, iar aceste evenimente i-au afectat mai ales pe bărbați (Fountoulakis *et al.*, 2006). În același timp, un risc semnificativ crescut de deces prin sinucidere a fost înregistrat în rândul bărbaților văduvi (Fukuchi, 2013).



Pregătirea intelectuală

Pacienţii au fost împărţiţi în patru categorii:

• subiecţi cu pregătire intelectuală mediocră, în această categorie fiind incluşi cei care nu au reuşit să promoveze cele 8 clase primare;

• subiecţi cu pregătire intelectuală medie, care au reuşit să promoveze şi câteva clase de liceu;

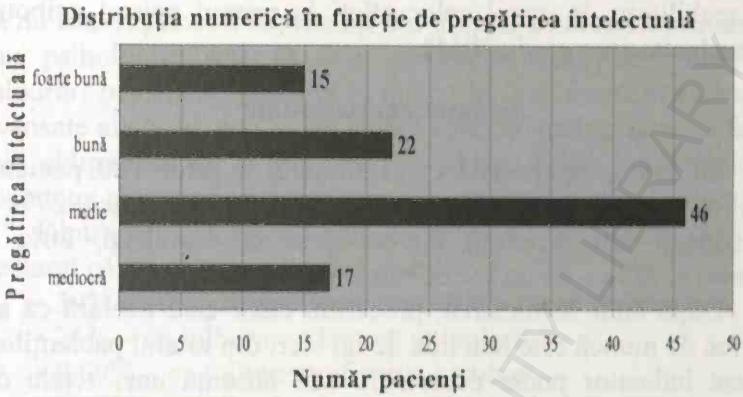
• subiecţi cu pregătire bună, care au absolvit liceul şi au început o formă de învăţământ superior;

• subiecţi cu pregătire intelectuală foarte bună, care au reuşit să termine o facultate.

În cadrul lotului analizat, majoritari au fost pacienţii cu o pregătire medie (46%), comparativ cu cei cu o pregătire mediocră (17%), bună (22%) sau foarte bună (15%).

Pregătirea intelectuală a pacienţilor psihiatrici este extrem de importantă, deoarece boli psihice precum schizofrenia determină, pe parcursul evoluţiei clinice, o serie de deteriorări cognitive care cu timpul devin ireversibile, reducând treptat nivelul de comunicare al pacientului şi capacitatea lui de socializare.

După cum am arătat în capitolul dedicat stresorilor sociali care acţionează în schizofrenie, coeficientul de inteligenţă al pacientului este un important factor de rezilienţă în lupta cu boala. În acelaşi timp, persoanele cu o capacitate intelectuală ridicată dovedesc o complianţă mai bună la tratament, înţelegând beneficiile acestuia. Deteriorarea cognitivă a pacienţilor cu studii superioare nu este atât de puternică precum cea înregistrată în cazul pacienţilor cu o capacitate intelectuală joasă, după cum au demonstrat numeroase studii în domeniu. Însă nu trebuie omis din analiză nici riscul tentativelor de suicid mai frecvente la aceşti pacienţi, după primele episoade de schizofrenie, deoarece ei conştientizează gravitatea diagnosticului şi implicaţiile lui.



Deteriorarea cognitivă în schizofrenie poate fi şi de 10 puncte de IQ (criteriul declinului), mai adâncă la sarcinile de performanţă şi mai moderată la sarcinile verbale, în ciuda deficienţelor mari ale memoriei episodice verbale la toţi pacienţii psihotici (O'Connor *et al.*, 2012).

Pentru a măsura această deteriorare este însă esenţială determinarea coeficientului de inteligenţă (IQ) premorbid sau a coeficientului de inteligenţă din perioadele de remisiune a tulburării, deoarece studiile au demonstrat că declinul cognitiv este mai mic la pacienţii cu un IQ premorbid mai ridicat. Cu alte cuvinte, performanţele scăzute la testele administrate pacienţilor cu schizofrenie pot fi atribuite nu numai bolii, ci şi unui IQ premorbid de nivel redus. De asemenea, trebuie avute în vedere faptul că în rândul pacienţilor schizofrenici există întotdeauna un grup înalt funcţional, cu capacitatea intelectuală păstrată, deşi viteza de procesare cognitivă este redusă la toţi pacienţii (Badcock *et al.*, 2005). În rândul pacienţilor bipolari, deficitele cognitive sunt heterogene (Martino *et al.*, 2008).

În acest context dorim să atragem atenţia practicienilor asupra faptului că itemii testelor de inteligenţă computerizate pot fi utilizaţi, în clinică, ca tratament preventiv pentru pacienţii cu risc de schizofrenie sau pentru a stimula potenţialul

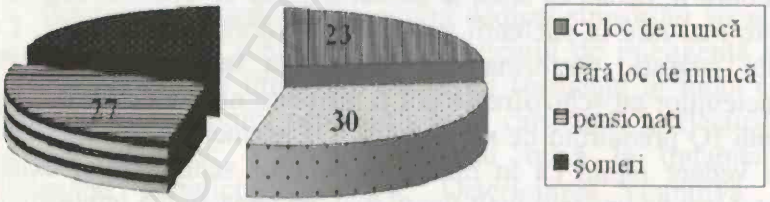
de reabilitare, în cazul celor aflați la primul episod psihotic (Rauchensteiner *et al.*, 2011).

Situația ocupațională

Situația ocupațională (profesională) a celor 100 pacienți din lot poate fi redată astfel: 30% – fără loc de muncă, 27% – pensionați sau încadrați într-un grad de handicap, 20% – șomeri și 23% – cu un loc de muncă stabil.

După cum se remarcă, procentul celor care declară că au un loc de muncă este mai mic de un sfert din totalul pacienților. Acest indicator poate demonstra atât absența unei rețele de suport social pentru persoanele diagnosticate cu diferite boli psihice, care le-ar facilita o inserție profesională satisfăcătoare, cât și unele deficiențe ale rețelei medicale primare în descoperirea și tratarea bolilor psihice în faze incipiente. Depistarea acestor cazuri și tratarea lor timpurie ar preveni deteriorarea severă a funcționalității pacienților respectivi, la locul de muncă și în societate.

Situația profesională



De asemenea rezultatele studiului nostru pot fi privite și prin prisma lipsei de informație a populației, sau prin absența unor programe naționale vizând asigurarea sănătății psihice și prevenirea îmbolnăvirilor de acest tip.

Lipsa de educație din familie se reflectă, de altfel, în atitudinea persoanelor în cauză, care nu conștientizează faptul

că nu este ruşinos să te prezinţi din timp la un consult psihiatric sau psihologic. Aşa se face că majoritatea pacienţilor cu tulburări psihice se prezintă la medic în faze foarte severe sau avansate ale bolii, mai exact atunci când nu mai reuşesc să facă faţă obligaţiilor de la locul de muncă sau celor din familie şi societate, ajungând la divorţ sau la pierderea locului de muncă.

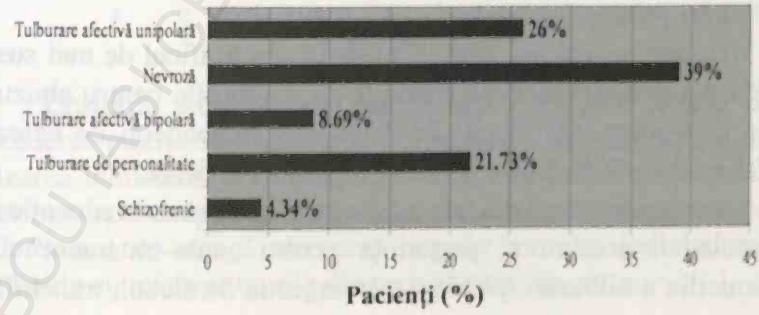
Dintre cei 23 pacienţi care au necesitat spitalizare, care au declarat că au un loc de muncă stabil:

- 39% au fost diagnosticaţi cu diferite tipuri de nevroze,
- 26% – cu tulburare afectivă unipolară,
- 8,69% – cu tulburare afectivă bipolară,
- 21,73% cu tulburări de personalitate şi
- 4,34% cu tulburări endogene severe, de tip schizofreniei.

Se observă că majoritatea acestor pacienţi au dezvoltat boli mai puţin severe decât schizofrenia, ceea ce aduce iarăşi în prim plan rolul factorilor ocupaţionali ca pârghii importante de rezistenţă împotriva îmbolnăvirilor psihice grave.

Mai mult, 65,21% dintre pacienţii care au declarat că au un loc de muncă s-au aflat în primii 10 ani de la debutul bolii, ceea ce înseamnă că în cazul lor presiunea socială de a se trata a fost mai mare, comparativ cu cea identificată în cazul şomerilor sau al persoanelor fără ocupaţie pe termen lung.

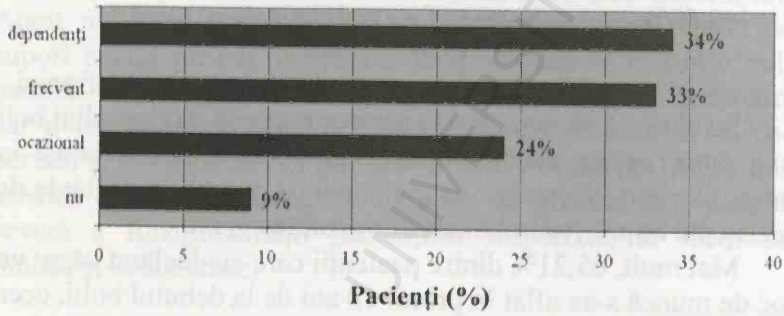
Distribuţia procentuală a pacienţilor care au un loc de muncă funcţie de diagnostic



Consumul de substanţe psihoactive

Pacienţii dependenţi de anumite substanţe psihoactive cum ar fi tutunul, alcoolul, cafeaua, diverse tipuri de tranchilizante sau droguri sunt majoritari în lotul investigat (34%), urmaţi de cei care consumă frecvent asemenea substanţe (33%). Cei mai mulţi pacienţi declară că, utilizând astfel de stimulente, îşi pot „trata" singuri anxietatea.

Distribuţia procentuală a tipului de consum de substanţe psihoactive



Fumătorii sunt majoritari (78%), urmaţi de consumatorii de cafea (56%), de alcool (35%), de analgezice (18%), de benzodiazepine (16%) şi de barbiturice (5%). Datele obţinute sunt concordante cu cele oferite de alte studii de specialitate, care estimează că mai mult de trei sferturi din pacienţii cu tulburări psihice fumează.

De asemenea, aşa cum se observă din graficul de mai sus, 35% din pacienţi reunesc criteriile de diagnostic pentru abuzul sau dependenţa de alcool iar 56% sunt dependenţi de cafea. Mai mult de 50% dintre pacienţi au polidependenţe.

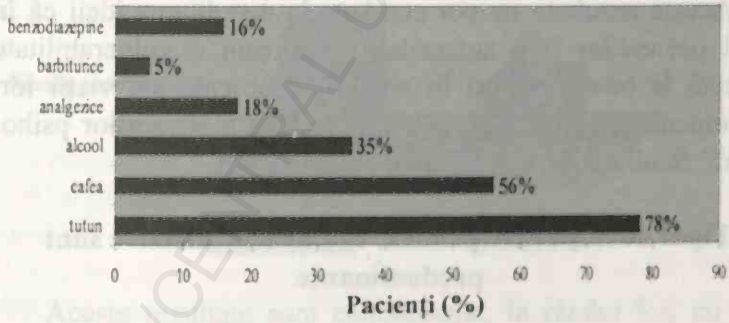
Aceste procente ridicate explică din nou lipsa de educaţie a populaţiei, precum şi preferinţa pentru „auto-tratament" la domiciliu a tulburării psihice, prin ingestia de alcool, tranchili-

zante, barbiturice, tutun, cafea sau analgezice. Trebuie să atragem atenţia asupra faptului că, deşi aceste substanţe psihoactive dau, în prima fază, o stare de „bine", ele agravează ulterior tulburarea psihică.

Alcoolul este substanţa de abuz cea mai larg disponibilă şi cea mai accesibilă cultural. O statistică a Ministerului Sănătăţii arată că românii reprezintă una dintre naţiunile cele mai mari consumatoare de alcool din Europa. Adulţii beau mai mult de 18,5 litri de alcool pe an, în timp ce media în Uniunea Europeană se află în jurul a 15 litri.

Circa 16% dintre români sunt consumatori obişnuiţi de băuturi alcoolice şi 10% din populaţie are probleme cu alcoolul şi aceste procentaje sunt în creştere (www.ms.ro). O statistică dată publicităţii de Agenţia Naţională Antidrog arată că unul din şase români consumă în mod frecvent băuturi alcoolice tari.

Distribuţia procentuală a tipurilor de substanţe psihoactive folosite



Costurile indirecte ale consumului de alcool rezultă din scăderea productivităţii şi a performanţelor indivizilor, din utilizarea ineficientă a timpului de lucru, din întârzieri şi absenteism, toate având ca efect scăderea profitului angajatorului. Consumul de alcool afectează negativ moralul indivizilor şi relaţiile cu microgrupurile din care aceştia fac parte.

Persoanele care consumă alcool au o purtare necorespunzătoare, săvârşesc frecvent acte de indisciplină, afectează negativ imaginea companiilor. Mai mult, consumul de alcool la locul de muncă măreşte riscul accidentelor, pune în pericol nu numai viaţa individului consumator, ci şi integritatea sau viaţa colegilor.

Antecedente heredo-colaterale

Datele studiului nostru mai arată existenţa unor tulburări psihice la membrii familiei (părinţi, unchi, mătuşi, veri), în cazul a 23% dintre pacienţi.

La 17% dintre pacienţi am identificat diverse tulburări neurologice, dar la un procent semnificativ (60%) nu am găsit nicio informaţie relevantă despre existenţa unor antecedente heredo-colaterale.

Aceste rezultate ne pot conduce la acreditarea ideii că în cazul pacienţilor fără antecedente a existat o vulnerabilitate crescută la boala psihică în anumite momente ale vieţii lor, decompensarea producându-se sub influenţa stresorilor psihosociali, familiali, de mediu sau de alt tip.

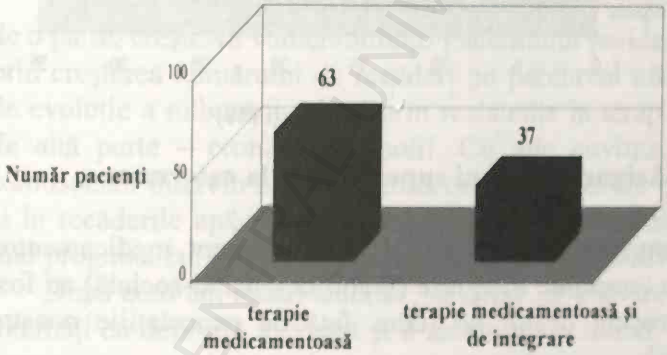
Tipul de tulburare psihică: tulburările afective sunt predominante

Din cei 100 pacienţi cuprinşi în studiu, 32 au fost diagnosticaţi cu tulburare afectivă (unipolară sau bipolară), 10 au fost diagnosticaţi cu diferite tipuri de schizofrenie, 16 cu diferite tipuri de nevroze, 11 cu tulburări de personalitate, 16 cu tulburări psihice organice (inclusiv demenţe), 15 cu diferite toxicodependenţe (inclusiv alcoolism).

La 12% dintre cazurile internate cu depresie, cuprinse în studiul nostru, a existat şi o tentativă de suicid. Cele mai frecvente cauze ale tentativei de suicid au fost divorţul la femei şi şomajul la bărbaţi, reflectând astfel specificităţile de gen ale stresorilor psihosociali identificaţi.

Distribuţia numerică a antecedentelor heredo-colaterale

Distribuţia numerică în funcţie de metoda terapeutică

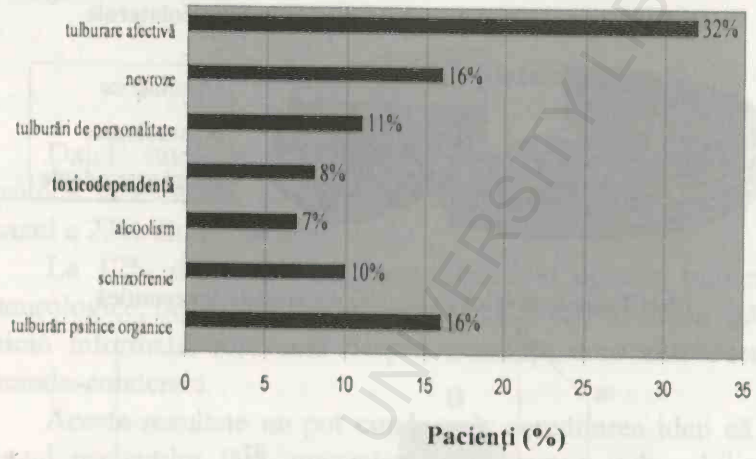


Aceste rezultate sunt concordante, la rândul lor, cu cele prezentate în alte statistici de profil. Astfel, la nivel mondial cele mai comune tulburări psihice spitalizate sunt cele afective, urmate de nevroze şi de tulburările psihice organice, de tulburările de personalitate şi de dependenţa la alcool.

Datele Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii plasau, de pildă, depresia pe locul al patrulea al îmbolnăvirilor majore care

conduc la dizabilităţi. Totodată, estimările făcute de Murray şi colab. (1996) arată că depresia va ajunge pe locul 2 în lume ca incidenţă în populaţia generală, după bolile cardiace, la orizontul anilor 2020.

Distribuţia procentuală a tulburărilor psihice



Asigurarea unui suport social la externare

Pacienţii care au beneficiat de tratament medicamentos asociat cu terapii de integrare (reabilitare psiho-socială) au fost într-un procent destul de redus faţă de expectaţiile noastre (doar 37%).

În cazul acestor pacienţi, numărul reinternărilor a fost mai redus comparativ cu lotul de pacienţi având diagnostice similare, care au beneficiat doar de tratament medicamentos, fără a avea un suport social la externare.

BCU MIRCEA CEL UNIVERSITY LIBRARY

CONCLUZII

Studiul nostru, realizat pe 100 de pacienţi psihiatrici, a relevat un număr semnificativ crescut de stresori psihosociali la persoanele cu un istoric vechi de boală psihică. Cu cât boala a fost mai veche, cu atât numărul stresorilor a fost mai mare. Am reuşit să demonstrăm, aşadar, existenţa unei relaţii direct proporţionale între vechimea bolii şi numărul factorilor stresori care acţionează asupra aceluiaşi individ.

Ţinem să mai remarcăm că astfel de studii precum cel întreprins de noi au fost foarte puţine în România, majoritatea cercetărilor clinice axându-se pe determinarea eficacităţii anumitor medicamente sau pe studiile unor cazuri clinice.

Acţiunea concertată a stresorilor psihosociali determină, pe de o parte, creşterea vulnerabilităţii pacientului (evidenţiată atât prin creşterea numărului de recăderi pe parcursul ultimului an de evoluţie a tulburării, cât şi prin rezistenţa la terapie), iar pe de altă parte – cronicizarea bolii. Cu alte cuvinte, stresorii psihosociali intervin nu numai în declanşarea bolilor psihice, ci şi în recăderile apărute de-a lungul vieţii individului, înrăutăţind prognosticul de remisiune al tulburărilor respective.

După cum am arătat anterior, la circa 12% dintre pacienţii internaţi cu depresie a existat şi o tentativă de suicid. Cele mai frecvente cauze ale tentativei de suicid au fost divorţul la femei şi şomajul la bărbaţi, ceea ce subliniază încă o dată rolul major al stresorilor în declanşarea şi acutizarea tulburărilor psihiatrice. Legat de aceste date rezultate din studiu, considerăm că impactul crizei economice asupra numărului de sinucideri ar putea fi diminuat, în cazul în care serviciile sociale s-ar consolida. Aceste servicii ar trebui să aibă ca obiectiv nu numai reangajarea oamenilor care-şi pierd locurile de muncă, ci şi ajutarea celor care doresc să-şi menţină locurile de muncă sau

să funcţioneze eficient în microgrupul profesional şi în societate.

Rezultatele obţinute de noi sunt în acord cu cele ale statisticilor europene de profil. În Europa, suicidul are legături puternice cu inechităţile sociale. Factorii majori de risc pentru suicid sunt sărăcia, sănătatea mintală şi cea fizică, nivelul redus de educaţie, şomajul şi datoriile mari, alcoolismul, izolarea socială şi evenimentele de viaţă negative majore. Suicidul la nivel european este analizat în corelaţie cu creşterea incidenţei tulburării depresive, în ţările cu venituri medii şi mari, conturându-se strategii puternice de prevenire a acestuia (Eurostat Health, 2010). Potrivit Biroului de Statistică al Uniunii Europene, Eurostat, grupele de vârstă cu cea mai mare incidenţă a sinuciderii sunt: 15-19 ani, 50-54 de ani şi peste 85 de ani.

Pe de altă parte, studiul nostru a evidenţiat că stresorii psihosociali majori care acţionează în perioada copilăriei şi adolescenţei pot declanşa boli psihice grave în cazul viitorului adult. Printre aceşti stresori majori se numără: agresiunile fizice, psihice sau sexuale; decesul unuia sau al ambilor părinţi; divorţul părinţilor; prezenţa în familie a unui părinte alcoolic sau a unui părinte diagnosticat cu o boală somatică gravă.

Având în vedere tulburările psihice grave „alimentate" de traumele din copilărie, credem că ar trebui încurajată o legislaţie care să pedepsească mai sever agresiunile fizice şi psihice asupra minorului.

În ceea ce priveşte acţiunea diferită, pe genuri, a stresorilor psihosociali, am remarcat că la femei aceştia au fost legaţi mai mult de statutul marital şi de problemele de viaţă ale copiilor, abia apoi urmând, în ierarhia frecvenţei, pierderea locului de muncă şi diagnosticarea cu o boală somatică gravă. La bărbaţi, în schimb, stresorii psihosociali cei mai puternici au fost legaţi de locul de muncă, urmaţi de divorţ şi de diagnosticarea cu o boală somatică gravă.

Tablourile diferite ale stresorilor psihosociali, pe cele patru grupe de vârstă, au fost concordante cu evoluţiile biologice stadiale, profesional-ocupaţionale şi familiale ale pacienţilor investigaţi.

Dacă la vârstele tinere s-au impus ca stresori psihosociali majori pierderea unor examene, separarea de persoana iubită sau lipsa locuinţei, la maturitate primele locuri în ierarhia stresorilor au fost „adjudecate" de munca în exces, de divorţ şi conflictele familiale aparent insurmontabile.

Îngrijorările cu privire la locul de muncă, la bolile somatice grave, precum şi pierderea unor persoane apropiate au devenit stresori din ce în ce mai puternici pentru pacienţi, pe măsură ce aceştia s-au apropiat de vârsta de 50 de ani, pentru ca, după această vârstă, pierderea partenerului de viaţă, problemele copiilor sau ale propriilor părinţi şi bolile somatice să acţioneze ca surse majore de stres pentru subiecţii respectivi.

Prin explorarea analitică a rezultatelor obţinute, studiul nostru încearcă să tragă un semnal de alarmă asupra consecinţelor socio-economice nefaste rezultate din lipsa unui sistem social de suport bine dezvoltat pentru pacienţii psihiatrici.

Acest sistem ar trebui să preia la externarea din spital pacienţii remişi sub tratamentul medicamentos, pe care să-i introducă în programe de protecţie socială sau de reintegrare socio-profesională.

Considerăm că reformarea serviciilor sociale ar putea determina reducerea considerabilă a costurilor de internare şi de tratare a unor tulburări psihice ai căror factori declanşatori sunt de sorginte socială (de pildă pierderea locurilor de muncă). Destrămarea familiilor ar putea fi împiedicată atât prin reinserţia socio-profesională a indivizilor, cât şi prin acţiuni de prevenţie a îmbolnăvirilor psihice.

Numărul relativ scăzut al persoanelor internate, care au un loc de muncă, (23% în studiul prezentat anterior) arată că

tulburările psihice sunt nu numai foarte strâns legate de stresorii socio-ocupaţionali, ci ele însele reprezintă o problemă socială majoră în România.

Apreciem că dezvoltarea unei reţele naţionale computerizate, prin care medicul psihiatru de spital să trimită electronic, către medicul de familie sau către colegii din ambulatoriu, toate datele medicale ale pacientului, ar putea să ajute la o mai bună monitorizare a tulburărilor psihice la nivel naţional. Este nevoie de dezvoltarea unei reţele sociale şi sanitare cât mai performante.

Sunt necesare, în acelaşi timp, programe naţionale pentru conştientizarea riscurilor şi a consecinţelor apărute în cazul neprezentării la medic în timp util, în cazul unor boli psihice grave, precum şi programe de screening vizând depistarea precoce a depresiei, a tulburărilor de anxietate, a psihozelor sau a consumului de substanţe psiho-active, dezvoltate la nivelul asistenţei medicale primare.

Pe de altă parte, trebuie să punctăm şi faptul că majoritatea pacienţilor externaţi din spital pot fi pierduţi din evidenţă, medicul de spital fiind incapabil să comunice cu medicul de familie printr-o reţea computerizată naţională.

Întotdeauna rămâne la latitudinea familiei şi a pacientului dacă scrisoarea medicală, împreună cu celelalte documente medicale legate de internarea în spital, vor fi prezentate medicului de familie sau specialistului psihiatru din ambulatoriu, astfel încât numeroşi pacienţi psihiatrici rămân nesupravegheaţi în perioadele dintre internări.

Asocierea frecventă între factorii stresori majori care acţionează în copilăria individului şi declanşarea unor tulburări psihice grave ridică, pe lângă problema înăspririi legislaţiei pentru abuzul fizic sau psihologic asupra minorilor, şi pe cea a dezvoltării mai multor reţele sociale de suport pentru astfel de cazuri.

În ceea ce priveşte abuzul de substanţe psihoactive, considerăm că ar fi benefică promovarea naţională mai eficientă a unor programe de informare a populaţiei, pe grupe-ţintă de vârstă, începând cu grupurile de adolescenţi şi de tineri, asupra riscurilor consumului de alcool şi de droguri. Elaborarea unor legi mai aspre în ceea ce priveşte traficul şi consumul de droguri ar fi, la rândul ei, de ajutor în ceea ce priveşte scăderea numărului consumatorilor.

În domeniul resurselor umane şi al politicilor de personal, credem că se impune o suplimentare a consulturilor psihiatrice şi psihologice în marile companii, în care volumul de muncă este foarte ridicat, iar cerinţele şi presiunile exercitate de angajatori au crescut semnificativ, în special în condiţiile crizei economice.

Nu trebuie neglijată nici obligarea salariaţilor, de către angajatori, de a-şi lua concediile de odihnă anuale prevăzute de lege, în scopul menţinerii unei igiene mintale armonioase şi al prevenţiei îmbolnăvirilor.

În cazul şomerilor, o reţea socială de suport bine dezvoltată ar putea adopta cu promptitudine măsuri de reintegrare socială, astfel încât individul să aibă un grad mai mare de reinserţie profesională iar situaţia sa familială să nu aibă de suferit.

BCU IASI/CENTRU UNIVERSITAR

BIBLIOGRAFIE

Agenţia Naţională Antidrog, *Proiectul european pentru anchete în şcoli privind consumul de alcool şi de droguri (ESPAD) România*, 2007.

Agerbo, E., Stack, S., Petersen, L., *Social integration and suicide: Denmark, 1906–2006*, The Social Science Journ., 48, 4, 2011, p. 630-640.

Allardyce, J., Boydell, J., Van Os. *et al.*, *Comparison of the incidence of schizophrenia in rural Dumfries and Galloway and urban Camberwell*, Br. J. Psychiatr, 179, 2001, p. 335-339.

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington D.C, 2000 (4th.ed.)*.

Andrews, G., Hall, W., Goldstein, G. *et al.*, *The economic costs of schizophrenia: Implications for public policy*, Arch. Gen. Psychiatr., 42, 1985, p. 537-543.

Anglin, D.M., Cohen, P.R., Chen, H., *Duration of early maternal separation and prediction of schizotypal symptoms from early adolescence to midlife*, Schizophr. Res., 103, 1–3, 2008, p. 143-150.

Areán, P.A., Reynolds III, C.F., *The Impact of Psychosocial Factors on Late-Life Depression*, Biological Psychiatry, 58, 4, 2005, p. 277-282.

Arntz, A., Haaf, J., *Social cognition in borderline personality disorder: Evidence for dichotomous thinking but no evidence for less complex attributions*, Behaviour Res. and Therapy, 50, 11, 2012, p. 707-718.

Ayadi, H., Moalla, Y., Ahmed, B. *et al.*, *Divorce parental et troubles psychopathologiques chez l'enfant et l'adoles-*

cent, Étude comparative tunisienne, Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 50, 2, 2002, p. 121-127.

Bachrach, L.L., *Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of schizophrenia: What are the boundaries?*, Acta Psychiatr. Scand., 102 (Suppl 407), 2000, p. 6-10.

Badcock, J.C., Dragović, M., *Schizotypal personality in mature adults*, Personality and Individual Diff., 40, 1, 2006, p. 77-85.

Badcock, J., Dragović, M., Waters, F.A., Jablensky, A., *Dimensions of intelligence in schizophrenia: evidence from patients with preserved, deteriorated and compromised intellect*, Journ. of Psychiatric Res., 39, 1, 2005, p. 11-19.

Beardslee, W.R., Gladstone, T.R., *Prevention of childhood depression: recent findings and future prospects*, Biological Psychiatry, 49, 12, 2001, p. 1101-1110.

Beck, A. T., Rush, A. T., Shaw, B. F., *Cognitive Therapy of depression*, New York, Guilford Press, 1979.

Blanchard, J.J., Sayers, S.L., Collins, L.M., Bellack, A.S., *Affectivity in the problem-solving interactions of schizophrenia patients and their family members*, Schizophr. Res., 69, 1, 2004, p. 105-117.

Bomov, P., Reyblat, S., P03-319 – *Dominant social frustrating factors and mechanisms of psychological adaptation among women with prolonged paranoid schizophrenia*, European Psychiatry, 26, Suppl. 1, 2011, p. 1489.

Bronisch, T., Hecht, H., *Major depression with and without a coexisting anxiety disorder: social dysfunction, social integration, and personality features*, Journ. of Affective Disorders, 20, 3, 1990, p. 151-157.

Bulayeva, K.B., Glatt, S.J., Bulayev, O.A. *et al.*, 2007, *Genome-wide linkage scan of schizophrenia: A cross-isolate study*, Genomics, 89, 2, 2007, p. 167-177.

Bussu, A., Detotto, C., Sterzi, V., *Social conformity and suicide*, The Journ. of Socio-Econ., 42, 2013, p. 67-78.

Butoi, I.T., Butoi, T., *Tratat universitar de psihologie judiciară*, Editura Pinguin Book, Bucureşti, 2006.

Byrne, M., Browne, R., Mulryan, N. *et al.*, *Labor and delivery complications and schizophrenia: Case control study using ccontemporaneous labour ward records*, Br. J. Psychiatr., 176, 2000, p. 531-536.

Campbell-Smith, M., *The school: Liberator or censurer?*, Child Abuse & Neglect, 7, 3, 1983, p. 329-337.

Cannon, M., Clarke, M.C., *Risk for schizophrenia – broadening the concepts, pushing back the boundaries*, Schizophr. Res., 79, 1, 1 2005, p. 5-13.

Cannon, M., Jones, P., Murray, R.M., *Obstetric complications and schizophrenia: Historical and meta-analytic review*, Am. J. Psychiatr., 159, 2002, p. 1080-1092.

Chambon, O., Marie-Cardine, M., Dazord, A., *Social skills training for chronic psychotic patients: A French study*, European Psychiatry, 11, Suppl. 2, 1996, p. 77s-84s.

Ciobanu, A.M., *Factorii sociali implicaţi în bolile psihice*, Lucrare de disertaţie, Universitatea din Bucureşti, Facultatea de Asistenţă socială şi sociologie, Managementul serviciilor sociale şi de sănătate, 2011.

Ciobanu, A.M., Popa, C., Disfuncţii sociale în schizofrenie, Cercetări Filosofico-Psihologice, nr. 2/2013, Editura Academiei Române, Bucureşti, 2013

Ciobanu, A.M., *Schizofrenia*, Ars Docendi, Universitatea din Bucureşti, 2009.

Ciompi, L., *Learning from outcome studies: Toward a comprehensive biological-psychosocial understanding of schizophrenia*, Schizophr. Res., 1, 6, 1988, p. 373-384.

Coffey, C.E., Sullivan, J.L., Rice, J.R., *T lymfocytes in schizophrenia*, Biol. Psychiatr., 18, 1983, p. 113-119.

Cohen, A.S., Emmerson, L.C., Mann, M.C. *et al.*, *Schizotypal, schizoid and paranoid characteristics in the biological parents of social anhedonics*, Psychiatry Res., 178, 1, 2010, p. 79-83.

Cojocaru, M., Cojocaru, I.M., *Stress and Imunity*. Infomedica, 3 (149), 2009.

Cole, M., Cole, S. R., *The development of children*, New York: W.H. Freeman and Company, 1993.

Corbett, R.P., Petersilia, J., *Up to speed. A review of research for practitioners*, Federal Probation, 58(3), 1994, p. 51-57.

Corrigan, P.W., Nelson, D.R., *Factors that affect social cue recognition in schizophrenia*, Psychiatry Res., 78, 3, 1998, p. 189-196.

Crawford, M.J., Prince, M., *Increasing rates of suicide in young men in England during the 1980s: the importance of social context*, Social Science & Medicine, 49, 10, 1999, p. 1419-1423.

Dalman, C., Allebech, P., Cullberg, J. *et al.*, *Obstretic complications and the risk of schizophrenia: A longitudinal study of a national birth cohort*, Arch. Gen. Psychiatr., 56, 1999, p. 234-240.

De Panfilis, C., Marchesi, C., Cabrino, C. *et al.*, *Patient factors predicting early dropout from psychiatric outpatient care for borderline personality disorder*, Psychiatry Res., 200, 2–3, 2012, p. 422-429.

Desrichard, O., Roché, S., Bègue, L., *The theory of planned behavior as mediator of the effect of parental supervision: A study of intentions to violate driving rules in a representative sample of adolescents*, Journ. of Safety Res., 38, 4, 2007, p. 447-452.

Dickerson, F., Boronow, J.J., Ringel, N., Parente, F., *Neurocognitive deficits and social functioning in outpatients with schizophrenia*, Schizophr. Res., 21, 2, 1996, p. 75-83.

Dorz, S., Borgherini, G., Cognolato, S. *et al.*, *Social adjustment in in-patients with affective disorders: predictive factors*, Journ. of Affective Disorders, 70, 1, 2002, p. 49-56.

Drake, R.E., Gates C., Whitaker A. *et al.*, *Suicide among schizophrenics: A review*, Compr. Psychiatr., 26, 1985, p. 90-100.

Dutton, D.G., White, K.R., Fogarty, D., Paranoid thinking in mass shooters, Aggression and Violent Behavior, 18, 5, 2013, p. 548-553.

Edelstein, R.E., Yim, I.S., Quas, J.A., *Narcissism predicts heightened cortisol reactivity to a psychosocial stressor in men*, Journ. of Res. in Personality, 44, 5, 2010, p. 565-572.

Esterberg, M.L., Trotman, H.D., Holtzman, C. *et al.*, *The impact of a family history of psychosis on age-at-onset and positive and negative symptoms of schizophrenia: A meta-analysis*, Schizophr. Res., 120, 1–3, 2010, p. 121-130.

E.U., 2011, Health, 2010, Eurostat, Mental well-being: for a smart, inclusive and sustainable Europe, http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/outcomes_pact_en.pdf

Eurostat,http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/CH_03_2010/EN/CH_03_2010-EN.PDF, Health, 2010.

Eysenck, H.J., *Crime and Personality*, Boston: Houghton Mifflin, 1964.

Ezquiaga, E., García, A., Pallarés, T., Bravo, M. F., *Psychosocial predictors of outcome in major depression:*

a prospective 12-month study, Journ. of Affective Disorders, 52, 1-3, 1999, p. 209-216.

Ezquiaga, E., Garcia-López, A., De Dios, C. *et al.*, *Clinical and psychosocial factors associated with the outcome of unipolar major depression: a one year prospective study*, Journ. of Affective Disorders, 79, 1–3, 2004, p. 63-70.

Felix, D.S., Robinson, W.D., Jarzynka, K.J., *The influence of divorce on men's health*, Journ. of Men's Health, In Press, Corrected Proof, available online 18 January 2013.

FLAMENT, M.F., COHEN, D., CHOQUET, M. *et al.*, *Phenomenology, Psychosocial Correlates, and Treatment Seeking in Major Depression and Dysthymia of Adolescence*, Journ. of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40, 9, 2001, p. 1070-1078.

Foerster, A., Lewis, S.W., Owen, M.J., Murray, R.M., *Low birth weight and a family history of schizophrenia predict poor premorbid functioning in psychosis*, Schizophr. Res., 5, 1, 1991, p. 13-20.

Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paíno-Piñeiro, M. *et al.*, *Schizotypal traits, obsessive-compulsive symptoms, and social functioning in adolescents*, Compr. Psychiatr., 51, 1, 2010, p. 71-77.

Fountoulakis, K.N., Iacovides, A., Kaprinis, S., Kaprinis, G., *Life events and clinical subtypes of major depression: A cross-sectional study*, Psychiatry Res., 143, 2–3, 2006, p. 235-244.

Freeman, D., *Suspicious minds: The psychology of persecutory delusions*, Clinical Psychology Review, 27, 4, 2007, p. 425-457.

Freud, S., *The Complete Works of Sigmund Freud* (Vol. 19), London: Hogarth, 1961.

Fukuchi, N., Kakizaki, M., Sugawara, Y. *et al., Association of marital status with the incidence of suicide: A population-based Cohort Study in Japan*, Journ. of Affective Disorders, In Press, Corr. Proof, Available online 4 July 2013.

Gardner, K., Qualter, P., *Emotional intelligence and Borderline personality disorder*, Personality and Individual Diff., 47, 2, 2009, p. 94-98.

Gheorghe, M.D., Marinescu, D., Voicu, V.A., *Antipsihoticele*, Editura Academiei Române, Bucureşti, 2006.

Goodyer, I. M., Herbert, J., Tamplin, A. *et al., Short-Term Outcome of Major Depression: II. Life Events, Family Dysfunction, and Friendship Difficulties as Predictors of Persistent Disorder*, Journ. of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36, 4, 1997, p. 474-480.

Gottfredson, M., Hirschi, T., *A general theory of crime*, Stanford: Stanford University Press, 1990.

Gratz, K. L., Tull, M. T., Baruch, D. E. *et al., Factors associated with co-occurring borderline personality disorder among inner-city substance users: the roles of childhood maltreatment, negative affect intensity/reactivity, and emotion dysregulation*, Compr. Psychiatr., 49, 6, 2008, p. 603-615.

Guzder, J., Paris, J., Zelkowitz, P., Feldman, R., *Psychological Risk Factors for Borderline Pathology in School-Age Children*, Journ. of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 38, 2, 1999, p. 206-212.

Guzder, J., Paris, J., Zelkowitz, P., Marchessault, K., *Risk Factors for Borderline Pathology in Children*, Journ. of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35, 1, 1996, p. 26-33.

Haynes, S.N., *A behavioral model of paranoid behaviors*, Behavior Therapy, 17, 3, 1986, p. 266-287.

Hollin, C., *Psychology of crime; an introduction to criminological psychology*, London & New York: Routledge, 1991.

Horan, W.P., Blanchard, J.J., *Emotional responses to psychosocial stress in schizophrenia: the role of individual differences in affective traits and coping*, Schizophr. Res., 60, 2–3, 2003, p. 271-283.

Horvath, S., Morf, C.C., *Narcissistic defensiveness: Hypervigilance and avoidance of worthlessness*, Journ. of Exp. Social Psychology, 45, 6, 2009, p. 1252-1258.

Houseman, C., *The paranoid person: A biopsychosocial perspective*, Archives of Psychiatric Nursing, 4, 3, 1990, p. 176-181.

I.C.D.-10, *Clasificarea tulburărilor mintale şi de comportament*, WHO, Geneva, Ed. All Bucureşti, 1998.

INML, *Raportul asupra activităţii reţelei de medicină legală în anul 2009*, http://www.legmed.ro/doc/dds2009.pdf

Ionescu, G., *Tulburările personalităţii*, Bucureşti, Editura Asklepios, 1997.

Johnstone, E.C., Frith, C.D., Gold, A. *et al.*, *The outcome of severe acute schizophrenic illnesses after one year*, Br. J. Psychiatr., 134, 1979, p. 28-33.

Joiner Jr., T.E., Petty, S., Perez *et al.*, *Depressive symptoms induce paranoid symptoms in narcissistic personalities (but not narcissistic symptoms in paranoid personalities)*, Psychiatry Res., 159, 1–2, 30, 2008, p. 237-244.

Jones, B.J., Gallagher Iii, B.J., Pisa, A.M. *et al.*, *Social class, family history and type of schizophrenia*, Psychiatry Res., 159, 1–2, 2008, p. 127-132.

Jones, P.B., Rantakallio, P., Hartikainen, A.L. *et al.*, *Schizophrenia as a long-term outcome of pregnancy, delivery, and perinatal complications: A 28-year follow-*

up of the 1966 North Finland general population birth cohort, Am. J. Psychiatr., 155, 1998, p. 355-364.

Kabir, K., Sheeder, J., Stevens-Simon, C., *Depression, Weight Gain, and Low Birth Weight Adolescent Delivery: Do Somatic Symptoms Strengthen Or Weaken the Relationship?*, Journ. of Pediatric and Adolescent Gynecology, 21, 6, 2008, p. 335-342.

Kaplan, H.I., Sadock, B.J., *Pocket Handbook of Clinical Psychiatry*, Ed.3, Lippincott Williams & Wilkins, Editura Medicală, 8, 2001, p. 139-160.

Kendler, K.S., Diehl, S.R., *The genetics of schizophrenia: A current, genetic-epidemiologic perspective*, Schizophr. Bull. 19, 1993, p. 261-285.

Kesting, M.L., Bredenpohl, M., Klenke, J. *et al.*, *The impact of social stress on self-esteem and paranoid ideation*, Journ. of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 44, 1, 2013, p.122-128.

Knapp, M., *Costs of schizophrenia*, Br. J. Psychiatr, 171, 1997, p. 509-518.

Laplanche, J., Pontalis, L.J, *Vocabulaire de la psychanalyse*, 1967, PUF, Paris.

Larousse, *Marele Dicţionar al Psihologiei*, Editura Trei, Bucureşti, 2006.

Lăzărescu, M., *Anormalitate vs. boală psihică din perspectiva teoriei vulnerabilităţii*, Revista Română de Psihiatrie, 2-3, 2000.

Lăzărescu, M., *Caiet de stagiu pentru psihiatrie adulţi*, Universitatea de Medicină şi Farmacie Victor Babeş Timişoara, Litografia UMF Timişoara, 2003.

Lăzărescu, M., *Calitatea vieţii în psihiatrie*, Ed. Infomedica, Bucureşti, 1999.

Lee, M.R., Slack, T., *Labor market conditions and violent crime across the metro–nonmetro divide*, Social Science Res., 37, 3, 2008, p. 753-768.

Lencer, R., Trillenberg-Krecker, K., Schwinger, E., Arolt, V., *Schizophrenia spectrum disorders and eye tracking dysfunction in singleton and multiplex schizophrenia families*, Schizophr. Res., 60, 1, 2003, p. 33-45.

Levine, S.Z., Jackson, C.,J., *Eysenck's theory of crime revisited: Factors or primary scales?*, Legal and Criminological Psychology, 9, 1, 2004, p. 135–152.

Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., Seeley, J. R., *Adolescent Psychopathology: IV. Specificity of Psychosocial Risk Factors for Depression and Substance Abuse in Older Adolescents*, Journ. of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34, 9, 1995, p. 1221-1229.

Lobbestael, J., Arntz, A., Sieswerda, S., *Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders*, Journ. of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 36, 3, 2005, p. 240-253.

MacDonald, E.M., Jackson, H.J., Hayes, R.L., *Social skill as a determinant of social networks and perceived social support in schizophrenia*, Schizophr. Res., 29, 3, 1998, p. 275-286.

Magliano, L., Fiorillo, A., Malangone, C. *et al.*, *National Mental Health Project Working Group, Social network in long-term diseases: A comparative study in relatives of persons with schizophrenia and physical illnesses versus a sample from the general population*, Social Science & Medicine, 62, 6, 2006, p. 1392-1402.

BCU

Mäkikyrö, T., Isohanni, M., Moring, J. *et al.*, *Is a child's risk of early onset schizophrenia increased in the highest social class?*, Schizophr. Res., 23, 3, 1997, p. 245-252.

Marcelis, M., Navarro-Mateu, Murray, R. *et al.*, *Urbanization and psychosis: a study of 1942–1978 birth cohorts in The Netherlands*, Psychological Medicine 28, 1998, p. 871–879.

Marinescu, D., Udriştoiu, T., Podea, D., Ciucu, A., *Tulburarea depresivă şi anxioasă. Actualităţi*, Ed. Aius Print, Craiova, 2008.

Marr, J.C., Thau, S., Aquino, K., Barclay, L.J., *Do I want to know? How the motivation to acquire relationship-threatening information in groups contributes to paranoid thought, suspicion behavior, and social rejection*, Organizational Behavior and Human Decision Processes, 117, 2, 2012, p. 285-297.

Marroquín, B., *Interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support in depression*, Clinical Psychology Review, 31, 8, 2011, p. 1276-1290.

Martiello, M.A., Giacchi, M.V., *Ecological study of isolation and suicide in Tuscany (Italy)*, Psychiatry Res., 198, 1, 2012, p. 68-73.

Martin, E.A., Bailey, D.H., Cicero, D.C., Kerns, J.G., *Social networking profile correlates of schizotypy*, Psychiatry Res., 200, 2–3, 2012, p. 641-646.

Martino, D.J., Strejilevich, S.A., Scápola, M. *et al.*, *Heterogeneity in cognitive functioning among patients with bipolar disorder*, Journ. of Affective Disorders, 109, 1–2, 2008, p. 149-156.

Mcgurk, S.R., Mueser, K.T., Mischel, R. *et al.*, *Vocational functioning in schizotypal and paranoid personality*

disorders, Psychiatry Res., In Press, Corr. Proof, Available online 8 August 2013.

Mcmurran, M., Duggan, C., Christopher, G., Huband, N., *The relationships between personality disorders and social problem solving in adults*, Personality and Individual Diff., 42, 1, 2007, p. 145-155.

McNeil, *Perinatal risk factors and schizophrenia: Selective review and methodological concerns*, Epidemiol. Rev., 17, 1995, p. 107-112.

Mehta, U.M., Thirthalli, J., Subbakrishna, D.K. *et al.*, *Social and neuro-cognition as distinct cognitive factors in schizophrenia: A systematic review*, Schizophr. Res., 148, 1–3, 2013, p. 3-11.

Miller, J.D., Campbell, W.K., Pilkonis, P.A., *Narcissistic personality disorder: relations with distress and functional impairment*, Compr. Psychiatr., 48, 2, 2007, p. 170-177.

Minzenberg, M. J., Poole, J. H., Vinogradov, S., *Social-emotion recognition in borderline personality disorder*, Compr. Psychiatr., 47, 6, 2006, p. 468-474.

Mittal, V.A., Tessner, K.D., Walker, E.F., *Elevated social Internet use and schizotypal personality disorder in adolescents*, Schizophr. Res., 94, 1–3, 2007, p. 50-57.

Montañés-Rada, F., Ramírez, J.M., De Lucas Taracena, M.T., *Violence in mental disorders and community sample: An evolutionary model related with dominance in socialrelationships*, Medical Hypotheses, 67, 4, 2006, p. 930-940.

Mortensen, P.B., Pederson, C.B., Westergaard, T. *et al.*, *Effects of family history and place and seson of birth on the risk factors for schizophrenia*, N. Engl. J. Med., 340, 1999, p. 603-608.

Moustgaard, H., Joutsenniemi, K., Sihvo, S., Martikainen, P., *Alcohol-related deaths and social factors in depression mortality: a register-based follow-up of depressed in-patients and antidepressant users in Finland*, Journ. of Affective Disorders, 148, 2-3, 2013, p. 278-285.

Mowry, B.J., Nancarrow, D.J., *Molecular genetics of schizophrenia*, Clin. Exp. Pharmacol. Physiol., 28, 2001, p. 66-69.

Munroe-Blum, H., Collins, E., Mccleary, L., Nuttall, S., *The social dysfunction index (SDI) for patients with schizophrenia and related disorders*, Schizophr. Res., 20, 1–2, 1996, p. 211-219.

Murray, C.J.L., Lopez, A.D., eds. *The Global Burden of Disease*, Boston: Harvard University Press, 1996.

O'Connor, J.A., Wiffen, B.D.R., Reichenberg, A. *et al.*, *Is deterioration of IQ a feature of first episode psychosis and how can we measure it?*, Schizophr. Res., 137, 1–3, 2012, p. 104-109.

Olff, M., *Stress, depression and immunity: the role of defense and coping styles*, Psychiatry Res., 85 (1), 1999, p. 7-15.

Oliver, E.A., Fearon, P., *Schizophrenia: epidemiology and risk factors*, Psychiatry, 7, 10, 2008, p. 410-414.

Ostamo, A., Lahelma, E., Lönnqvist, J., *Transitions of employment status among suicide attempters during a severe economic recession*, Social Science & Medicine, 52, 11, 2001, p. 1741-1750.

Pedersen, C.B., Mortensen, P.B., Cantor-Graae, E., *Do risk factors for schizophrenia predispose to emigration?*, Schizophr. Res., 127, 1–3, 2011, p. 229-234.

Peer, J.E., Rothmann, T.L., Penrod, R. *et al.*, *Social cognitive bias and neurocognitive deficit in paranoid symptoms: evidence for an interaction effect and changes during treatment*, Schizophr. Res., 71, 2–3, 2004, p. 463-471.

Penn, D.L., Kohlmaier, J.R., Corrigan, P.W., *Interpersonal factors contributing to the stigma of schizophrenia: social skills, perceived attractiveness, and symptoms*, Schizophr. Res., 45, 1–2, 29, 2000, p. 37-45.

Pikhart, H., Bobak, M., Pajak, A., *et al.*, *Psychosocial factors at work and depression in three countries of Central and Eastern Europe*, Social Science & Medicine, 58, 8, 2004, p. 1475-1482.

Pinatel, J., *La société criminogene*, Ed. Calman-Lévy, Paris, 1971.

Pirlog, M.C., Marinescu, D., 1915 – *Social risk factors in the evolution of schizophrenia - Try to a new assessment*, European Psychiatry, 28, Suppl. 1, 2013.

Pompili, M. Vichi, M., Girardi, P., 1098 – Completed suicide during the time of economic crisis: recent data and future prevention, European Psychiatry, 28, Suppl. 1, 2013.

Pontonnier, A.-L., Galland, F., Vaille-Perret, E. *et al.*, *Facteurs prédictifs de l'adaptation sociale des patients souffrant de schizophrénie*, Annales Médico-psychologiques, Revue Psychiatrique, 165, 9, 2007, p. 656-663.

Popa, C., Ciobanu, A.M., *Tulburarea depresivă* (Vol. 1) – Noi direcţii de cercetare, Editura Academiei Române, Bucureşti, 2013.

Popa, C., *Noi comportamente adictive: Internetul patologic, dependenţa de SMS-uri şi de televizor*, Editura Universitară, Bucureşti, 2013.

Popa, C., Ciobanu, A.M., Tulburările de personalitate şi corelatele sociale disfuncţionale ale acestora, Revista de Psihologie nr. 1/2014 (sub tipar), Editura Academiei Române, Bucureşti, 2014.

Portzky, G., Audenaert, K., Van Heeringen, K., *Psychosocial and psychiatric factors associated with adolescent suicide: A case–control psychological autopsy study*, Journ. of Adolescence, 32, 4, 2009, p. 849-862.

Preda, G., Bolohan, A., Popa, C., *Modele explicativ-interpretative privind structurarea personalității infractorului recidivist*, Revista de Psihologie nr. 3/2012, vol. 58, Editura Academiei Române, București, 2012, p. 239-249.

Predescu. V. (sub redacția), *Psihiatrie*, vol. I., Editura Medicală București, 1989.

Prelipceanu, D., *Psihiatrie. Note de curs*, Editura InfoMedica, București, 2003.

Preti, A., Cardascia, L., Zen, T. *et al.*, *Risk for obstetric complications and schizophrenia*, Psychiatr, Res., 96, 2000, p. 127-139.

Prodgers, A., *Psychopathology of the physically abusing parent: A comparison with the borderline syndrome*, Child Abuse & Neglect, 8, 4, 1984, p. 411-424.

Rauchensteiner, S., Kawohl, W., Ozgurdal, S. *et al.*, *Test-performance after cognitive training in persons at risk mental state of schizophrenia and patients with schizophrenia*, Psychiatry Res., 185, 3, 2011, p. 334-339.

Reidy, D.E., Zeichner, A., Foster, J.D., Martinez, M.A., *Effects of narcissistic entitlement and exploitativeness on human physical aggression*, Personality and Individual Diff., 44, 4, 2008, p. 865-875.

Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Pakiz, B. *et al.*, *Psychosocial Risks for Major Depression in Late Adolescence: A Longitudinal Community Study*, Journ. of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 32, 6, 1993, p. 1155-1163.

Reiser, R., Thompson, L. W., *Bipolar Disorder: Advances in Psychotherapy- EvidenceBased Practice*, Hogrefe & Huber Publishers, Cambridge, MA, 2005.

Reiter, S. R., Otto, M. W., Pollack, M. H., Rosenbaum, J. F., *Major depression in panic disorder patients with*

comorbid social phobia, Journ. of Affective Disorders, 22, 3, 1991, p. 171-177.

Renner, K.H., Enz, S., Friedel, H. *et al.*, *Doing as if: The histrionic self-presentation style*, Journ. of Res. in Personality, 42, 5, 2008, p. 1303-1322.

Rice, D.P., *The economic impact of schizophrenia*, J. Clin. Psychiatr., 60 (Suppl 1), 4-6, 1999.

Riggio, H.R., Kwong, W.Y., *Social skills, paranoid thinking, and social outcomes among young adults*, Personality and Individual Diff., 47, 5, 2009, p. 492-497.

Rihmer, Z., Barsi, J., Veg, K., Katona, C.L.E., *Suicide rates in Hungary correlate negatively with reported rates of depression*, Journ. of Affective Disorders, 20, 2, 1990, p. 87-91.

Riise, T., Lund, A., *Prognostic factors in major depression: A long-term follow-up study of 323 patients*, Journ. of Affective Disorders, 65, 3, 2001, p. 297-306.

Romila, A., *Psihiatrie*, Editată de Asociația Psihiatrilor Liberi din România, ed. 1997, 2004 și 2007.

Rosenthal, S.A., Hooley, J.M., *Narcissism assessment in social–personality research: Does the association between narcissism and psychological health result from a confound with self-esteem?*, Journ. of Res. in Personality, 44, 4, 2010, p. 453-465.

Rosenthal, S.A., Pittinsky, T.L., *Narcissistic leadership*, The Leadership Quarterly, 17, 6, 2006, p. 617-633.

Sakado, K., Sato, T., Uehara, T., Sakado, M., Someya, T., *Perceived parenting pattern and response to antidepressants in patients with major depression*, Journ. of Affective Disorders, 52, 1-3, 1999, p. 59-66.

Sansone, R. A., Sansone, L. A., *Borderline Personality and Eating Disorders: A Chaotic Crossroads Treatment of*

Eating Disorders in Maine, M., Bunnell, D., McGilley, B. (Eds.), *Special Issues in the Treatment of Eating Disorders: Bridging the Gaps*, New York, Elsevier, 2010, p. 217-232.

Schulze, L., Dziobek, I., Vater, A. *et al.*, *Gray matter abnormalities in patients with narcissistic personality disorder*, Journ. of Psychiatric Res., 47, 10, 2013, p. 1363-1369.

Sergi, M.J., Rassovsky, Y., Widmark, C. *et al.*, *Social cognition in schizophrenia: Relationships with neurocognition and negative symptoms*, Schizophr. Res., 90, 1–3, 2007, p. 316-324.

Serra, M., C., Lai, A., Mason, O.J. *et al*, *Schizotypal traits in adolescents: Links to family history of psychosis and psychological distress*, European Psychiatry, 28, 4, 2013, p. 247-253.

Shaffer, D., Fisher, P., *The Epidemiology of Suicide in Children and Young Adolescents*, Journ. of the American Academy of Child Psychiatry, 20, 3, 1981, p. 545-565.

Sharp, C., Pane, H., Ha, C., Venta, A., Patel *et al.*, *Theory of Mind and Emotion Regulation Difficulties in Adolescents With Borderline Traits*, Journ. of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 50, 6, 2011, p. 563-573.

Solomon, D. A., Leon, A. C., Endicott, J. *et al.*, *Psychosocial impairment and recurrence of major depression*, Compr. Psychiatr., 45, 6, 2004, p. 423-430.

Specht, M. W., Chapman, A., Cellucci, T., *Schemas and borderline personality disorder symptoms in incarcerated women, Journ. of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 2, 2009, p. 256-264.

Stiemerling, D., *10 abordări psihoterapeutice ale depresiei. Modele explicative ale psihologiei abisale şi concepte terapeutice asupra depresiei nevrotice*, Bucureşti, Editura Trei, 2006.

Strauss, G.P., Allen, D.N., Miski, P. *et al.*, *Differential patterns of premorbid social and academic deterioration in deficit and nondeficit schizophrenia*, Schizophr. Res., 135, 1–3, 2012, p. 134-138.

Tasman, A., Jerald, K. J., Jeffrey, Lieberman, A., *Psychiatry. Second Edition. Volume 2*; ed. John Wiles& Sons, LTD, 2003.

Torgersen, S., Alnæs, R., *Differential perception of parental bonding in schizotypal and borderline personality disorder patients*, Compr. Psychiatr., 33, 1, 1992, 34-38.

Torniainen, M., Wedenoja, J., Varilo, T. *et al.*, *Does originating from a genetic isolate affect the level of cognitive impairments in schizophreniafamilies?*, Psychiatry Res., In Press, Corrected Proof, Available online 18 October 2012.

TORREY, E.F., BOWLER, A.E., CLARK, K., *Urban birth and residence as risk factors for psychoses: an analysis of 1880 data*, Schizophr. Res., 25, 1997, p. 169–176.

Torrey, E.F., *Schizophrenia and Civilization*, Arason, New York, 1980.

Tudose, F., Tudose, C., Dobranici, L., *Psihopatologie şi psihiatrie pentru psihologi*, Bucureşti, Editura InfoMedica, 2002.

Turunen, J.A., Peltonen, J.O., Pietiläinen, O.P.H. *et al.*, *The role of DTNBP1, NRG1, and AKT1 in the genetics of schizophrenia in Finland*, Schizophr. Res., 91, 1–3, 2007, p. 27-36.

Väänänen, J.-M., Fröjd, S., Ranta, K. *et al.*, *Relationship between social phobia and depression differs between*

boys and girls in mid-adolescence, Journ. of Affective Disorders, 133, 1-2, 2011, p. 97-104.

Voinea, M., *Sociologie Medicală*, Universitatea din Bucureşti, Facultatea de Sociologie şi Asistenţă Socială. Master – Managementul Sistemului de Sănătate, 2007/2008.

Waldeck, T.L., Miller, S., *Social skills deficits in schizotypal personality disorder*, Psychiatry Res., 93, 3, 2000, p. 237-246.

Walter, M., Thomas, G., *Dépressions sévères: facteurs culturels et sociaux*, L'Encéphale, 35, Suppl. 7, 2009, p. S286-S290.

Watson, P.J., Morris, R.J., *Narcissism, empathy and social desirability*, Personality and Individual Differences, 12, 6, 1991, p. 575-579.

Wolfradt, U., Straube, E.R., *Factor structure of schizotypal traits among adolescents*, Personality and Individual Differences, 24, 2, 1998, 201-206.

World Health Organization, *Mental Health: New Understanding, New Hope*, Geneva, 2, 2001.

Wyder, M., Ward, P., Leo, D.D., *Separation as a suicide risk factor*, Journ. of Affective Disorders, 116, 3, 2009, p. 208-213.

Wilson, J.Q., Herrnstein, R., *Crime and Human Nature*, New York: Simon and Schuster, 1985.

YIP, P.S.F., CHEN, Y.Y., YOUSUF, S. *et al.*, *Towards a reassessment of the role of divorce in suicide outcomes: Evidence from five Pacific rim populations*, Social Science & Medicine, 75, 2, 2012, p. 358-366.

Young, A.M., Pinsky, D., *Narcissism and celebrity*, Journ. of Res. in Personality, 40, 5, 2006, p. 463-471.

Yozwiak, J.A., *Postpartum Depression and Adolescent Mothers: A Review of Assessment and Treatment*

Approaches, Journ. of Pediatric and Adolescent Gynecology, 23, 3, 2010, p. 172-178.

Zanarini, M. C., Ruser, T., Frankenburg, F. R., Hennen, J., *The dissociative experiences of borderline patients*, Compr. Psychiatr., 41, 3, 2000, p. 223-227.

Zubin, J., Spring, B., *Vulnerability - a new view of schizophrenia*, Journ. Abnorm. Psychol., 88, 1997, p. 103-126.

Zuckerman, M., *Vulnerability to Psychopathology*, Library of Congress, Washington, 1999.

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

2013/15373
10

ISBN 978-606-591-884-9

www.edituraunivers...ro

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY